Rok XLVIII. Kraków, dnia 26. czerwca 1909. Nr 26.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z zakładu anatomii patol. Uniwers. Jagiell. w Krakowie. (Dyrektor: Prof. Dr Browicz).

Skręt osiowy macicy ciężarnej.

Napisał

Doc. Dr L. K. Gliński.

Jak wiadomo, już w warunkach fizyologicznych macica w całości (t. j. razem z szyją) jest lekko skręcona ku stronie prawej i leży w ten sposób, że jej lewy brzeg jest mniej lub więcej wyraźnie zwrócony ku przodowi; skręcenie to macicy występuje wybitnie zwłaszcza w późniejszych okresach ciąży i zgodnie z Küstnerem oznaczamy je nazwą *rotatio*. Na to już prawidłowe położenie macicy zgodnie zwracają uwagę wszyscy położnicy i ginekologowie, zwłaszcza w nowszych podręcznikach (Küstner [1]), Rosthorn [2]), Schauta [3]) i t. d.), a Küstner powiada wprost: »Auch der normal gelegene Uterus ist rotiert; eine wenn auch unbedeutende Dextrorotation gehört zur Norm«.

Ta fizyologiczna »rotacya« macicy może wzrastać w następstwie zrostów około- i przymacicznych, często łącząc się przytem z tyłopochyleniem, wzgl. tyłozgięciem macicy. Ponieważ jednak, jak wiadomo, trzon macicy jest łatwiej, szyja jej zaś jest trudniej poruszalna, przeto już nawet przy zwykłej rotacyi trzon macicy częstokroć bywa choć o mały kąt skręcony także względem szyi macicy i taki stan macicy stanowi już niejako przejście do nieprawidłowego zboczenia w położeniu macicy, czyli do t. zw. skrętu macicy około swej osi (»Achsendrehung«; wprowadzona pierwotnie przez Schultzego dla oznaczenia tego zboczenia nazwa *torsio*, jako mogąca dać powód do pomyłek, została obecnie prawie przez wszystkich autorów już zarzucona). Przez taki więc nieprawidłowy osiowy skręt macicy (Achsendrehung) w ścisłem tego słowa znaczeniu w odróżnieniu od fizyologicznej rotacyi rozumiemy zmianę w ustawieniu trzonu względem szyi macicznej, przyczem szyja macicy leżeć może nawet zupełnie prawidłowo, trzon jej zaś jest o mniej lub więcej znaczny kąt skręcony, jak to najczęściej się zdarza, ku stronie prawej.

[1]) Küstner w podręczniku Veita: Handb. der Gynäkologie 1907 Tom I, str. 109 i nast.

[2]) Rosthorn w podręczniku v. Winckela: Handb. der Geburtshülfe 1903, Tom I, część I, str. 466.

[3]) Schauta. Lehrb. der gesammten Gynäkologie 1907, część II., str. 154 i nast.

Te nieprawidłowe skręty osiowe macicy, jak to zgodnie stwierdzają autorowie, występują zwykle w przypadkach mięśniaków macicy lub guzów jajnikowych, i znane są już oddawna. Już Virchow [4]) w swem dziele o nowotworach przytacza opis takiego skrętu macicy mięśniakowej. Z naszych autorów opisywali podobne przypadki Ciechanowski [5]) i Świtalski [6]), przyczem ten ostatni pierwszy i prawie jedyny z dotychczasowych autorów, zajmujących się tą sprawą, zdołał rozpoznać skręt macicy jeszcze przed zabiegiem operacyjnym. B. J. Schultze [7]) zebrał z dotyczącego piśmiennictwa do początku r. 1906 53 przypadków skrętów macicy mięśniakowej, a dodać należy, że skręty macicy przy guzach jajnikowych są równie częste (Küstner [8]) Löhlein [9]), Ciechanowski [10]) i t. d.). Wogóle więc jakkolwiek nieprawidłowe skręty osiowe macicy nie należą do zjawisk częstych, są jednakże już dość dobrze ogólnie znane; mimoto uważam za niezbędne podać do ogólnej wiadomości spostrzegany niedawno przezemnie przypadek, ponieważ, jak to zobaczymy dalej, różni się on pod wielu względami od wszystkich dotychczas ogłoszonych drukiem przypadków i z tego powodu przyczynić się może do tem dokładniejszego poznania tej ciekawej, dotychczas przeważnie dość lekceważonej sprawy.

Spostrzeżony przezemnie przypadek dotyczył 33-letniej wieloródki, żony handlarza, która znajdowała się w 9-tym miesiącu księżycowym ciąży; kobieta ta pewnego dnia około godziny 12 w nocy nagle dostała silnych bolów w brzuchu i wymiotów, po trzech zaś godzinach wśród bolów, drgawek i wymiotów zmarła. Wezwany lekarz przybył na miejsce dopiero po śmierci chorej i tyle tylko zdołał się dowiedzieć od otoczenia zmarłej, że przynajmniej pozornie była ona poprzednio zupełnie zdrowa, a nawet jeszcze wieczorem tego dnia sama nosiła wodę konewkami i jadła ziemniaki i kapustę [11]).

[4]) Virchow. Die krankhaften Geschwülste, Tom III., str. 162 i 163.

[5]) Ciechanowski. Ein Fall von Achsendrehung des Uterus. Deutsche med. Wochenschrift 1897, Nr 27.

[6]) Świtalski: Skręcenie szypuły torbiela jajnikowego. Rocznik Tow. ginek. krak. Zeszyt VII za r. 1896.

[7]) B. J. Schultze. Die Axendrehung (Cervixtorsion) des myomatösen Uterus. Samml. klin. Vorträge Nr 410 (Serie XIV, H. 20).

[8]) Küstner. Centralbl. f. Gynäkol. 1887.

[9]) Löhlein. Gynäkol. Tagesfragen 1895, IV. Heft.

[10]) Ciechanowski l. c.

[11]) Przedsięrane później przezemnie próby zebrania dokładniejszych wywiadów nie doprowadziły do żadnych wyników, ponieważ mąż zmarłej — handlarz koni — zaraz po śmierci żony wyprowadził się w niewiadomym kierunku, sąsiedzi zaś zmarłej na wszelkie pytania dawali tylko bałamutne odpowiedzi i nie umieli mi podać nic więcej ponad przytoczone wyżej

Ze względu na to, iż przypadek ten zaszedł właśnie w czasie, kiedy w Galicyi obawiano się wtargnięcia cholery od strony Królestwa Polskiego i Rosyi, na życzenie lekarza powiatowego wykonałem badanie pośmiertne zwłok, zwłaszcza, że, sądząc z bliskości granicy i z opowiadań sąsiadów zmarłej, w przypadku tym rzeczywiście mogły były nasuwać się pewne podejrzenia w kierunku możliwości cholery.

Stwierdzić odrazu należy, że przy badaniu pośmiertnem zwłok zmarłej nie znalazłem nic takiego, coby mogło uzasadniać przypuszczenie cholery, a i badanie bakteryologiczne, dokonane przez Doc. Dra Drobę, również dało w tym kierunku wynik najzupełniej ujemny.

Najważniejsza zmiana, jaką w tym przypadku przy badaniu pośmiertnem zwłok stwierdziłem, polegała na nieprawidłowem położeniu macicy. Zaraz po otwarciu jamy brzusznej wpadała w oczy bardzo znacznie powiększona, kulistego kształtu, ciemno-sino zabarwiona macica. Dokładniejsze badanie stwierdziło, że nie leżała ona prawidłowo, lecz była w obrębie szyi skręcona około swej osi i to w ten sposób, iż jej boczna ściana prawa, zatoczywszy w kierunku wskazówki zegarka łuk 270° (t. j. $^3/_4$ koła), znalazła się zwróconą całkowicie ku przodowi, podczas gdy jej lewa ściana boczna, zakreśliwszy łuk podobny, zwróciła się ku kręgosłupowi; oczywiście przy tem ułożeniu macicy właściwa jej przednia ściana zwrócona była ku stronie lewej, tylna zaś — ku stronie prawej. Miejsce skrętu macicy przypadało na jej szyję, która w tym przypadku była stosunkowo długa (około 6 cm) i miała ściany dość cienkie (ściana przednia 4—5 mm, ściana tylna — 6—7 mm). Przy skręcaniu się macicy uległy również znacznemu przesunięciu i części dodatkowe, tak że jajnik prawy znalazł się po stronie lewej ku przodowi, jajnik lewy — po stronie prawej więcej ku tyłowi.

Po odkręceniu macicy do jej położenia właściwego, wylała się z niej przez szyję dość znaczna ilość płynnej krwi. W macicy znaleziono płód płci żeńskiej, około 43 cm długi, 2450 gramów ważący. Łożysko znajdowało się na właściwej przedniej ścianie macicy, zachodząc nieco na jej stronę prawą i na dno; dolna część łożyska i błony płodowe w dolnym odcinku macicy były na dość rozległej przestrzeni odklejone, pomiędzy nimi zaś a ścianą macicy nagromadzona była bardzo znaczna ilość skrzepów krwi. Ściany macicy, odpowiednio do okresu ciąży, były znacznie zgrubiałe, ciemno-sino zabarwione; przy ich rozcinaniu z przeciętych jednocześnie naczyń żylnych wylewała się znaczna ilość krwi płynnej. Dodać należy, że poza opisanemi zmianami macica miała naogół wejrzenie prawidłowe, w szczególności zaś (mimo dokładnego w tym kierunku badania) nigdzie w jej ścianach nie znaleziono nawet drobnych guzków nowotworowych (włókniako-mięśniaków). Również i w częściach dodatkowych nie stwierdzono obecności żadnych guzów nieprawidłowych, były one natomiast bardzo silnie przekrwione.

Obok opisanego zboczenia w położeniu macicy zwracał w tym przypadku na siebie uwagę jeszcze drugi szczegół, a mianowicie znaczny, choć nierównomierny rozstęp mięśni prostych w dolnej części brzucha, dochodzący miejscami 6 i więcej cm szerokości. Jednocześnie istniała w tym przypadku znacznych rozmiarów przepuklina pępkowa, do której od strony jamy brzusznej przez szerokie wrota swobodnie wchodziła pięść; do ściany worka przepuklinowego był przyrośnięty koniec sieci.

W najniżej położonych częściach jamy brzusznej znajdowało się parę łyżek cieczy surowiczej jasnej. Mięsień sercowy był uderzająco wiotki, na przekroju blady, jednostajnie gliniasty; badanie mikroskopowe stwierdziło w nim obraz daleko posuniętej fragmentacyi. Płuca były blade, prawie zupełnie suche; w innych narządach zwracała uwagę tylko ich bladość — wyraźne niedokrwienie. Badanie mikroskopowe wątroby i nerek nie stwierdziło w nich nic nieprawidłowego.

Uwzględniając przytoczony pokrótce wynik badania pośmiertnego, zwłaszcza zaś obecność znacznego krwotoku w macicy obok jednoczesnego braku zmian w innych narządach (prócz cech ogólnej niedokrwistości i fragmentacyi mięśnia sercowego), dojść musieliśmy do wniosku, że właściwą przyczyną zejścia w tym przypadku była ostra niedokrwistość, powstała skutkiem znacznego krwotoku pomiędzy ścianę macicy ciężarnej, a błony płodowe; przyczyną zaś tego krwotoku stało się skręcenie się macicy ciężarnej około jej osi w obrębie szyi, co dało powód do zaciśnięcia żył macicznych (vv uterinae), zniesienia a przynajmniej znacznego upośledzenia odpływu krwi z macicy, przepełnienia nią naczyń żylnych, w końcu zaś i do znacznego krwotoku. Zresztą do sprawy tej powrócimy jeszcze w dalszym ciągu.

Porównanie przytoczonego opisu z dotychczas znanymi przypadkami innych autorów odrazu wskazuje, iż wyróżnia się on wybitnie z pośród innych, dotychczas znanych przypadków skrętów osiowych macicy i to pod wielu względami. Jak powiada Küstner[12]) »dasjenige, was diese Fälle hochgradiger Achsendrehung gemeinsam haben, ist das aetiologische Moment. Die abnorme Bewegung ist immer durch Tumoren bedingt«; i rzeczywiście we wszystkich prawie znanych mi przypadkach skrętów macicy sprawa ta pozostawała w związku z istnieniem guzów macicznych (włókniakomięśniaków) lub też guzów jajnikowych; znane są wprawdzie również i skręty macicy ciężarnej, i w tych jednak przypadkach skręt macicy pozostawał zwykle w związku z istnieniem podobnych guzów.

W dostępnem mi piśmiennictwie jedynie u Schultego[13]) znalazłem krótką wzmiankę następującej treści: »Auch bei nicht myomatösen graviden Uteri wurden stärkere Torsionen in der Zervix beobachtet. So berichtete prof. Walther in der Diskussion bei Demonstration des Praeparates meines Falles über eine von ihm während seiner Assistenzeit unter prof. Löhlein gemachte diesbezügliche Beobachtung«. Wzmianka ta dotyczy oczywiście dwu w swoim czasie przez Löhleina[14]) opisanych przypadków. Autor ten w pracy swej zwraca uwagę, że fizyologiczny skręt macicy podczas ciąży może dochodzić znaczniejszego stopnia i przez to stać się przyczyną nawet pomyłek rozpoznawczych, a mianowicie dać powód do błędnego rozpoznania ciąży zewnątrzmacicznej, co rzeczywiście w tych dwóch przypadkach zdarzyć się miało asystentom Löhleina. W obydwu jednakże i tych przypadkach skręt macicy był stosunkowo nieznaczny (sądząc z opisu zaledwie o 90°), w jednym z nich macica sama wróciła do stanu prawidłowego, w drugim — dała się łatwo naprostować i ciąża w obydwu tych przypadkach dobiegła prawidłowo do końca. Znany jest również niedawno także ogłoszony przez Cramera[15]) przypadek skrętu zresztą prawidłowej macicy ciężarnej, którego jednak niepodobna również porównywać z naszym przypadkiem. W przypadku Cramera skręcona o 90° naprawo ciężarna macica (VII—VIII mies. księż.) była jednocześnie uwięziona w miednicy małej; zdaniem samego Cramera właściwą sprawą chorobową w jego przypadku było uwięzienie macicy, jej skręt natomiast był tylko zjawiskiem wtórnem, następowem, pozostającem w bezpośrednim związku z uwięzieniem macicy. Opierając się na znanym ginekologom fakcie, że przywrócenie uwięzionej macicy do jej po-

szczegóły. Tyle tylko z ich odpowiedzi mogłem stwierdzić napewno, iż zmarła miała poprzednio dwoje dzieci żyjących.

[12]) Küstner, l. c.

[13]) Schulte Franz. Zur Achsendrehung des myomatösen Uterus in der Zervix. (Gynaekol. Rundschau 1908, 21 Heft).

[14]) Löhlein. Ueber Achsendrehung des Uterus, besonders des graviden Uterus. (Deutsche Medic. Woch. 1897. Nr 16).

[15]) Cramer H. Eine seltene Einklemmung des graviden Uterus. Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gynäkol. LXI Bd. 211. 1907.

łożenia właściwego staje się prostszem i łatwiejszem przez skręcenie jej od strony lewej lub prawej, sądzi Cramer, iż w jego przypadku z powodu uwięzienia macicy samoistnie »ein ähnlicher Mechanismus in Gang gewesen ist«.

Prócz 3 wspomnianych przypadków w dostępnem mi piśmiennictwie nie znalazłem nigdzie nawet wzmianki o możliwości znaczniejszego skrętu zresztą prawidłowej macicy ciężarnej. Zjawisko to spotykamy wprawdzie dość często u zwierząt domowych (krów, owiec, kóz, rzadziej koni) z macicą dwurożną, przyczem skręt macicy łączy się zwykle ze skrętem pochwy, stanowiąc niejednokrotnie znaczną przeszkodę przy porodzie. Takich jednakże skrętów macicy ciężarnej u zwierząt niepodobna utożsamiać ze skrętem macicy w naszym przypadku. U zwierząt tych macica jest dwurożna i, gdy ciąża rozwija się tylko w jednym rogu, powstają, jak to słusznie podnosi Küstner[16]), stosunki zupełnie takie same, »wie bei einem dem Uterus aufsitzenden Tumor beim Menschen«, czyli więc skręt macicy ciężarnej u tych zwierząt powstaje w sposób zupełnie podobny, jak skręt macicy u człowieka w razie istnienia guzów macicy lub części dodatkowych. W naszym natomiast przypadku macica miała kształt zupełnie prawidłowy (nie była dwurożną), a nawet łożysko znajdowało się na przedniej ścianie macicy, a nie w jej częściach bocznych.

Ten zupełnie prawidłowy kształt macicy w naszym przypadku oraz brak guzów nowotworowych zarówno w macicy, jak i w częściach dodatkowych, a więc brak czynników, uważanych ogólnie za właściwy czynnik etyologiczny do powstawania skrętów osiowych macicy, wyróżniają wybitnie nasz przypadek z pośród ogółu podobnych przypadków skrętu macicy i to zarówno skrętów macicy przy guzach nowotworowych u człowieka, jakoteż skrętów dwurożnej macicy ciężarnej u zwierząt. W dostępnem mi piśmiennictwie zdołałem odszukać zaledwo 3 przypadki (2 przypadki Löhleina[17]) i jeden przypadek Cramera[18]) mające pewne podobieństwo do opisanego przezemnie przypadku, jednocześnie jednak i znacznie od niego się różniące. We wszystkich tych 3 przypadkach skręt macicy ciężarnej był stosunkowo niewielki — zaledwie o 90°, przytem w przypadkach Löhleina mógł on być uważany jeszcze za nieco tylko wyższy stopień fizyologicznego skręcenia macicy, w przypadku zaś Cramera skręt macicy pozostawał w bezpośrednim związku z jej uwięzieniem w miednicy małej.

Również i ze względu na następstwa skrętu macicy przypadek nasz znacznie się różni od innych tego rodzaju przypadków. Jako następstwa skrętu osiowego macicy podnoszone są zwykle: niedrożność kanału szyi macicznej, co u osób miesiączkujących może wywołać nagromadzenie się krwi w jamie macicy (haematometra), dalej długotrwałe skręty macicy mają wywoływać zanik części skręconej (szyi). Löhlein[18]) i zwłaszcza Schultze[19]) zwracają uwagę na zaburzenia ze strony pęcherza moczowego. Niektórzy autorowie podnoszą także, że skręt macicy zagrażać może nawet życiu chorej ze względu na dołączające się wtórnie sprawy zapalne w guzie nowotworowym i w otrzewnej. W przypadku Picka[20]) skręt macicy stał się przyczyną nagłej śmierci 56-letniej kobiety z powodu zatoru tętnicy płucnej przez skrzep, pochodzący prawdopodobnie z rozszerzonych żył miednicy. Naogół jednakowoż w przypadkach skrętu macicy, zwłaszcza przy dość wczesnym zabiegu operacyjnym, rokowanie jest zupełnie dobre, niebezpieczeństwo zaś operacyi naogół nie jest większe, niż przy operacyi włókniaków macicy drogą brzuszną. Z 45 zebranych przez Schultze'go[21]) przypadków operowanych, tylko dwa skończyły się śmiercią chorych (jeden przypadek Micheli'ego[22]) — krwotok z powodu ześliznięcia się podwiązki — i jeden przypadek Semmelinka[23]) — zator tętnicy płucnej) — wszystkie inne chore operowane z powodu skrętów macicy wróciły do zupełnego zdrowia.

W naszym przypadku skręt macicy dał powód do znacznego krwotoku i ostrej niedokrwistości, która się stała przyczyną nagłej śmierci chorej wprzód, nim wezwany lekarz mógł przybyć z odpowiednią pomocą. O krwotokach do jamy macicy w następstwie jej skrętów znajdujemy wzmianki już i u dawniejszych autorów; o takim krwotoku wspomina już Küster[24]), w tym jednak przypadku krwotok był tylko nieznaczny i nie pozostawał w związku z zejściem śmiertelnem chorej; również i Pick[25]) przy opisie przypadku znacznego, ostro przebiegającego skrętu macicy mięśniakowej zaznacza, iż w nieco rozszerzonej jamie macicy znajdowała się płynna krew, trzon zaś macicy i jej części dodatkowe były świeżo w znacznym stopniu krwią naciekłe. W żadnym jednakowoż ze znanych mi z piśmiennictwa przypadków krwawienie nie doszło do tak znacznego stopnia, jak w przypadku moim, i w żadnym nie stało się przyczyną zejścia śmiertelnego.

Wogóle więc opisany przezemnie przypadek zasługuje na uwagę z następujących względów: po pierwsze jest on dowodem, że nawet prawidłowa macica ciężarna może ulegać znacznemu skrętowi osiowemu niezależnie od guzów w samej macicy lub w częściach dodatkowych; powtóre przypadek ten wskazuje, że taki skręt macicy w pewnych razach może mieć bardzo ważne znaczenie, a nawet stać się groźnym dla życia chorej.

Co się tyczy przyczyn i mechanizmu skręcenia się macicy w naszym przypadku, to zdaniem mojem sprawa ta dałaby się najłatwiej wytłómaczyć w sposób następujący: Wielokrotnie i z różnych stron zwracano już uwagę na to, że wydłużona szyja maciczna i wiotkie powłoki brzuszne są czynnikiem usposabiającym do skrętu osiowego macicy. W naszym przypadku szyja macicy była rzeczywiście dość znacznie wydłużona (około 6 cm długości) i powłoki brzuszne były znacznie po dawniejszych porodach zwiotczałe; obok tego jednakże istniał tutaj znaczny rozstęp mięśni prostych brzucha, co oczywiście miało jeszcze większe

---

16) Küstner, l. c.

17) Löhlein, l. c.

18) Cramer, l. c.

19) Löhlein, l. c.

20) Schultze, l. c.

21) Pick Fr. Ueber einen Fall von mehrfacher Achsendrehung des Uterus bei Myom des Fundus. Prag. med. Woch. 16 Jahrg. 1881.

22) Micheli. Sulla rotatione assiale. Atti della soc. it. di ost. e gin vol. VI (Referat w Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1901, 11 Jahrg.

23) Semmelink. Ueber Axendrehung des Uterus. Beitr. z Geburtsch. u. Gynaek. 1901 Bd. 5.

24) Küster E. Uterus mit grossen Fibromyomen u. zweiundeinhalbmaliger Axendrehung. Beitr. 2 Geb. u. Gyn. I Bd. 1872 (herausg. v. d. Ges. f. Geburtsh. in Berlin).

25) Pick Fr. l. c.

znaczenie, niż zwiotczenie powłok brzusznych; okoliczności te niewątpliwie odgrywały najważniejszą rolę i w naszym przypadku, same jednak przez się nie mogły jeszcze wywołać skręcenia się macicy: — odgrywały tutaj rolę jeszcze i inne czynniki.

Jak to już poprzednio podnosiliśmy, macica, zwłaszcza macica ciężarna, już fizyologicznie leży nieco skręcona ku stronie prawej, tak że jej przednia powierzchnia jest właściwie zawsze mniej lub więcej znacznie zwrócona ku stronie prawej. Jak świadczą przytoczone poprzednio przypadki Löhleina[26]), to fizyologiczne jeszcze skręcenie macicy może dochodzić nawet stosunkowo znacznego stopnia, bo nawet do 90⁰. Z drugiej strony wiadomo, jak to świeżo między innymi podnosi w swej pracy Cramer[27]), »dass die Placentarstelle am graviden Uterus, namentlich in der ersten Schwangerschaftshälfte häufig eine Ausbeulung an dem kugligen Organ darstellt«. Klasyczny pod tym względem przykładem jest przypadek Langego[28]), w którym to przypadeku mimo uwięzienia w miednicy małej zgiętej ku tyłowi macicy mogła ciąża rozwijać się aż do 8 miesiąca, dzięki właśnie temu, że miejsce łożyskowe znajdowało się całkowicie w tej części jamy macicy, która leżała ponad miednicą małą. Otóż te dwa czynniki — fizyologiczne skręcenie macicy i wypuklanie się ściany macicy w miejscu usadowienia łożyska odgrywały w naszym przypadku również niepoślednią rolę.

W przypadku naszym łożysko znajdowało się na przedniej ścianie macicy, w pierwszej więc połowie ciąży ściana ta prawdopodobnie choćby tylko nieznacznie była wypuklona, jednocześnie zaś z powodu fizyologicznego skręcenia była zwrócona ku stronie prawej; skutkiem takich stosunków i jednoczesnego znacznego rozstępu mięśni prostych brzucha ta przednia ściana macicy, jako część najwięcej wypuklona, musiała przy końcu pierwszej połowy ciąży ulegać najsilniejszemu działaniu znajdujących się tutaj mięśni w powłokach brzusznych, podczas gdy lewy brzeg wypuklał się ku przodowi w miejscu rozstępu mięśni prostych, tylna zaś ściana macicy (zwrócona już fizyologicznie nieco ku stronie lewej), jako mniej wypuklona, niż ściana przednia, podlegała też tylko słabszemu uciskowi ze strony lewostronnych mięśni brzusznych. Wogóle więc siłą, wywołującą skręt macicy w naszym przypadku było działanie prawostronnych mięśni brzusznych, które, napierając na najwięcej wypukloną przednią ścianę macicy, sprawiały wzmaganie się fizyologicznej rotacyi macicy, zmuszając ją do skręcania się w kierunku fizyologicznym, a więc w kierunku wskazówki zegarka, co w tym przypadku znakomicie było ułatwione przez istnienie znacznego rozstępu mięśni prostych brzucha. Następstwem takiego działania prawostronnych mięśni brzusznych musiało być powolne przesuwanie przedniej ściany macicy ku tyłowi, a więc ku kręgosłupowi, skręcanie się jednak macicy pod wpływem tych czynników dojść mogło co najwyżej do 180⁰, ponieważ z tą chwilą, gdy przednia ściana macicy zwróciła się ku tyłowi, prawostronne mięśnie brzuszne nie mogły już dalej wywierać na nią swego działania.

Dotychczas więc skręcanie się macicy rozwijało się powoli, dalszy jej skręt wystąpić musiał zupełnie nagle. Przy ostro występujących skrętach osiowych macicy mięśniakowej zdaniem licznych autorów (Schultze[29]), Micholitsch[30]), Stratz[31]) i t. d.), bezpośrednim powodem takiego ostrego skrętu macicy bywają zwykle jakieś silniejsze ruchy ciała, zwłaszcza połączone z nachylaniem się i podnoszeniem. W przypadku Micholitscha objawy ostrego skrętu macicy wystąpiły u chorej po nacieraniu podłogi i maglowaniu bielizny. Chora Stratza z powodu ostrego skrętu macicy dostała silnych bolów podczas liczenia bielizny. Jak to podnosi Schultze, nawet niespokojne przewracanie się na łóżku (przypadek Küstera[32]) dać może powód do ostrego skrętu macicy, a zwłaszcza wywołać wzmożenie się już poprzednio istniejącego skrętu.

Wracając do naszego przypadku, ponieść należy, iż chora nasza jeszcze na kilka godzin przed śmiercią miała sama nosić konewki z wodą. Niestety, nie było można już stwierdzić, w której ręce chora niosła konewkę z wodą, najprawdopobniej jednak nosiła ją na zmianę raz w jednem, później w drugiem ręku. Jeśli przytem uwzględnimy, że przy noszeniu jednej konewki z wodą człowiek przechyla się w stronę ciężaru, dzięki czemu po stronie przeciwległej napina się silnie powłoki brzuszne, po stronie zaś ciężaru są one zwolnione, to łatwo zrozumiemy, że w razie napięcia prawostronnych mięśni brzusznych i ucisku ich na macicę przy jednoczesnem zwolnieniu mięśni lewostronnych, zwrócona ku tyłowi przednia ściana macicy łatwo mogła się przesunąć na stronę lewą i istniejący już poprzednio skręt wzrósł nagle do 270⁰. Samo się przez się rozumie, że takie nagłe przesunięcie się macicy wraz z dalszym silniejszym jej skrętem powstać mogło również przy podnoszeniu jakiegoś innego ciężaru, albo nawet przy przewracaniu się w łóżku, czego jednak ze względu na brak szczegółowych wywiadów niepodobna stanowczo określić; stwierdzić jedynie można, że wzmożenie się już poprzednio istniejącego skrętu wystąpiło nagle pod wpływem jakiegoś niewłaściwego ruchu ciała.

Pokrótce więc zdaniem naszem mechanizm skręcenia się macicy w naszym przypadku był następujący: już fizyologicznie lekko na prawo zwrócona przednia ściana macicy wraz ze znajdującem się tutaj łożyskiem, jako najsilniej wypuklona, była w końcu pierwszej połowy ciąży również podległa najsilniejszemu działaniu mięśni brzusznych, co przy istniejącym znacznym rozstępie mięśni prostych brzucha wywoływać musiało coraz znaczniejsze wzmaganie się fizyologicznego skrętu macicy; najwyżej jednak skręt w ten sposób dojść mógł do 180⁰. Dalsze skręcanie się macicy aż do 270⁰ wystąpić musiało nagle pod wpływem jakiegoś nieodpowiedniego ruchu, powodującego silne napięcie mięśni prawostronnych brzucha przy jednoczesnem zwolnieniu mięśni lewostronnych, skutkiem czego macica została nagle przepchnięta dalej w tym samym co poprzednio kierunku i skręt jej doszedł aż do 270⁰.

---

[26]) Löhlein, l. c.

[27]) Cramer, l. c.

[28]) Lange, Retroflexio uteri in den letzten Schwangerschaftsmonaten. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1907. Bd. 25.

[29]) Schultze, l. c.

[30]) Micholitsch. Ein Fall von Axendrehung des Uterus durch eingestieltes subseröses Myom. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1899 Bd. 40.

[31]) Stratz C. H. Uterustorsion bei Myom. etc. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn 1902. Bd. 47.

[32]) Küster, l. c.

Tak więc na powstanie skrętu macicy złożyły się w naszym przypadku różne okoliczności; przedewszystkiem zaś istnienie znacznego rozstępu mięśni prostych brzucha i usadowienie łożyska na przedniej ścianie macicy przy jednoczesnem wydłużeniu szyi macicznej. Okoliczności te wywołały wzmożenie się fizyologicznego skrętu macicy, najwyżej jednak do 180°, dalsze jej skręcenie się wystąpiło nagle z powodu niespokojnego, niewłaściwego zachowania się chorej.

Obok niezwykłego, dotychczas, o ile mi wiadomo, nie spostrzeganego tak znacznego skrętu osiowego macicy ciężarnej, zresztą zupełnie prawidłowej, przypadek niniejszy godzien jest uwagi również i ze względu na niezwykłe następstwa tego skrętu; skręt ten stał się przyczyną znacznego krwotoku do macicy i wywołał ostrą niedokrwistość z zejściem śmiertelnem, czego również, o ile mi wiadomo, w żadnym z dotychczas znanych przypadków skrętu osiowego macicy nie spostrzegano. Wprawdzie, jak widzieliśmy już poprzednio, w przypadkach zwłaszcza ostro przebiegających skrętów osiowych macicy i inni autorowie widywali krwotoki do jamy macicy, a Pick[33]) nawet podnosi, że ściany macicy i części dodatkowe były również krwią przepojone, nigdzie jednak, o ile mi wiadomo, nie opisano dotychczas z powodu skrętu macicy śmiertelnego krwotoku do jej jamy.

Że skręt osiowy macicy stać się może przyczyną krwotoku, jest łatwo zrozumiałem: przy skręcie takim w szyi ulegają zaciśnięciu wychodzące stąd krótkie żyły maciczne (vv. uterinae), podczas gdy tętnice maciczne jako posiadające ściany znacznie odporniejsze, mogą jeszcze doprowadzać krew. Wprawdzie rozgałęzienia żył macicznych posiadają liczne anastomozy z sąsiednimi splotami żylnymi (pęcherzowo pochwowym, odbytniczym, wiciowatym i t. d.), wobec jednak skręcenia się osiowego macicy w szyi połączenia te częściowo również ulegają zaciśnięciu, wskutek czego splot wiciowaty może łatwo okazać się niewystarczającym do odprowadzenia wszystkiej krwi z macicy, zwłaszcza w przypadkach ostro występującego skrętu; oczywiście następstwem tego być musi znaczniejsze przekrwienie bierne macicy, które podobnie zresztą, jak i w innych narządach, dać może powód do krwotoku. Samo się przez się rozumie, że w macicy ciężarnej i przekrwienie i następstępowe krwawienie muszą być bez porównania większe, niż w macicy niециężarnej, mimo to jednakże tych zjawisk w naszym przypadku nie uważalibyśmy za wyłączną przyczynę stwierdzonego tutaj krwotoku. Przy nagłym skręcie macicy pod wpływem wprost zadziałania mechanicznego, łatwo mogły częściowo oderwać się błony płodowe i łożysko, a wtedy krwotok z rozerwanych naczyń mógł był łatwo, zwłaszcza przy znacznem przekrwieniu macicy, dojść do tego stopnia, jaki stwierdziliśmy przy badaniu pośmiertnem; ten zaś wylew krwi do jamy macicy i przepełnienie krwią naczyń macicy ciężarnej wywołać musiały ostrą niedokrwistość i zejście śmiertelne.

---

[33]) Pick, l. c.

Z kliniki chorób wewnętrznych Prof. Dra K. Wagnera w Kijowie.

W sprawie miesienia brzucha przy chorobach serca.

Podał

Jan Studziński.

Miesienie brzucha, jako takie, lub jako część miesienia ogólnego, znajduje coraz częściej zastosowanie w praktyce. Wpływ jego jest albo bezpośredni na narządy brzuszne, albo odruchowy, zarówno na narządy brzuszne, jak i na obieg krwi. Aczkolwiek taki wpływ miesienia brzucha na krążenie niema szczególnego znaczenia u ludzi zdrowych, to nie można tego powiedzieć o ludziach chorych na serce i dotkniętych zmianami naczyń; u chorych takich podniesienie, względnie spadek ciśnienia, może mieć czasami ujemne lub dodatnie skutki.

Na możliwość takich skutków miesienia brzucha już oddawna zwrócili uwagę lekarze. Reed (1) n. p. uważa miesienie brzucha za przeciwwskazane przy tętniakach w jamie brzusznej i klatce piersiowej i przy cięższych chorobach serca. Przy zwyrodnieniu tłuszczowem i rozszerzeniu serca można stosować miesienie, lecz bardzo ostrożnie. Stange (2) sądzi, że miesienie brzucha jest niedozwolone przy stwardnieniu naczyń, ponieważ łatwo może wywołać krwotok. Atoli Władisławlew (3), który widywał wielokrotnie zastosowanie miesienia brzucha u chorych ze stwardnieniem naczyń w klinice Prof. Manasseina, nie spostrzegał ani razu krwotoku. Chlumsky (4) zaleca nawet miesienie brzucha u chorych, dotkniętych miażdżycą tętnic i niektóremi wadami serca (głównie niedomykalnością zastawek, a także niedomogą serca). Zabłudowski (5) uważa miesienie brzucha za przeciwwskazane przy niewyrównanych wadach serca. Ekgren (6) uważa miesienie brzucha przy chorobach serca bądź z naruszeniem wyrównania, bądź bez niego, za miecz obosieczny, zwłaszcza jeżeli miesienie jest wykonywane niedość subtelnie.

Wpływ miesienia brzucha wogóle może zaznaczyć się już to bezpośrednio na czynności jelit, już na wydzielaniu się moczu, na obiegu krwi i, nakoniec, na ogólnym stanie zdrowia.

Prawie wszyscy autorowie zgadzają się na to, że miesienie brzucha niezbyt długotrwałe i niezbyt silne wywiera w większości przypadków wpływ dodatni na stan ogólny (uczucie zadowolenia, lekkości, przyjemności i t. d.).

Co do wpływu miesienia brzucha na wydzielanie się moczu, autorowie niezupełnie się zgadzają. Połubiński (7) po miesieniu brzucha zauważył potrojenie się ilości moczu w ciągu pierwszych dwóch dwugodzinnych okresów. Huchard (8), Rubens-Hirschberg (9), Kijanowski (10) przypisują miesieniu brzucha wpływ moczopędny. Coutry (11) mówi, że miesienie brzucha przy chorobach serca bezsprzecznie wywiera wpływ moczopędny. Wpływ ten ujawnia się zwykle dopiero na trzeci dzień, rzadko na pierwszy. Baccavini (12) zapewnia, że nie spostrzegał żadnej zmiany w ilości moczu po miesieniu. Ekgren (13) zwraca uwagę, że chociaż pod wpływem miesienia zwiększa się ilość moczu, to jednocześnie zwiększa się i odset-

kowa ilość białka, jeżeli ono znajdowało się w moczu przed miesieniem.

Głowacki ([14]), badając wpływ miesienia brzucha na obieg krwi, stwierdził, że ciśnienie krwi u psów i u ludzi jest wzmożone w czasie miesienia i pewien czas po niem. Częstość uderzeń serca zwiększa się w czasie miesienia; jednakże ku końcowi, a zwłaszcza w następnym okresie, daje się zauważyć przeciwnie — zwolnienie tętna, które przytem z małego, jakiem było na początku, staje się pełnem. Colombo ([15]) zaznacza, że silne miesienie brzucha zawsze wywołuje spadek ciśnienia, niezależnie od sposobu miesienia. Miesienie ogólne całego ciała podnosi ciśnienie, jeżeli poprzednio wykonano miesienie brzucha, i obniża, jeżeli miesienie brzucha wykona się na końcu. Tętno, oddech i ciepłota w odbytnicy zmieniają się odwrotnie do ciśnienia. Hasbrock ([16]), przeciwnie, nie zauważył żadnej zmiany w ciśnieniu krwi pod wpływem miesienia. Neumann i Frick ([17]) stosowali miesienie brzucha w klinice Prof. Schlesingera u 24 chorych na serce w okresie wyrównania i doszli do przekonania, że miesienie brzucha nietylko jest dozwolone u chorych na serce, lecz poniekąd, jako środek poboczny, w wielu razach wywiera na serce wpływ dodatni. Jeżeli czynność serca jest przyspieszona, to w większości przypadków otrzymuje się zwolnienie tętna, zwłaszcza po głaskaniu. Autorowie ci nigdy nie spostrzegali po miesieniu pogorszenia stanu ogólnego, ani duszności, ani bicia serca, ani innych tym podobnych powikłań. Tętno nieregularne staje się po miesieniu regularnem. Do wniosków tych doszli Neumann i Frick, stosując w ciągu pewnego określonego czasu pewne jednostajne sposoby miesienia.

I tak po 15 minutach:

	Tętno było	Wady zastawki dwudzielnej	Inne wady	Ciśnienie było	Wady zastawki dwudzielnej	Inne wady
Ugniatania (Knetung)	częstsze	2	4	większe	5	9
	bez zmiany	—	6	bez zmiany	1	5
	wolniejsze	9	11	mniejsze	5	7
Głaskania (Kolonstreichung)	częstsze	2	2	większe	3	9
	bez zmiany	1	3	bez zmiany	1	—
	wolniejsze	4	9	mniejsze	3	5
Klepania (Klopfung)	częstsze	1	2	większe	2	3
	bez zmiany	2	5	bez zmiany	2	5
	wolniejsze	3	5	mniejsze	2	4
Klepania (Hackung)	częstsze	1	3	większe	3	5
	bez zmiany	3	1	bez zmiany	—	—
	wolniejsze	2	5	mniejsze	3	4

Według zdania Kuwiczyńskiego ([18]) miesienie brzucha ułatwia krążenie w jamie brzusznej, przyspieszając bieg krwi w żyłach, i wywołuje na razie skurcz tętnic, a także większych żył (przez nerw współczulny), a potem ich rozszerzenie. Huchard ([19]) sądzi, że miesienie brzucha może szybko podnosić ciśnienie krwi, wytłaczając ją z żył do tętnic.

Wobec więc niezupełnie zgodnych, a czasami nawet wręcz sprzecznych poglądów autorów na wpływ miesienia brzucha, jego wskazania i przeciwwskazania u chorych na serce, chętnie przyjąłem propozycyę Szanownego Profesora K. Wagnera, aby przekonać się osobiście na materyale klinicznym, czy można bez obawy stosować miesienie brzucha u chorych na serce, czy też nie, a jeżeli można, to u jakich chorych, i jak to na nich wpływa.

Miesienie brzucha wykonywałem w godzinę lub dwie po śniadaniu. Chory leżał na łóżku z trochę wzniesioną głową i wyciągniętemi nogami. Zaczynałem miesienie od mięśni prostych brzucha, które miesiłem w ciągu 2—3 minut, następnie przechodziłem do miesienia okolicy żołądka (2—3 minuty), dalej do miesienia okolicy jelit cienkich, którą ugniatałem przez 4 minuty, potem miesiłem okolicę jelit grubych w ciągu 5 minut, a nakoniec mięśnie skośne i poprzeczne brzucha w ciągu 1—2 minut. Razem miesienie trwało około 15 minut. Miesienie stosowałem dość głębokie; stukania i klepania nie stosowałem. Przed i po miesieniu liczyłem zawsze oddech, tętno, mierzyłem ciśnienie w tętnicy ramiennej przyrządem Riva-Rocciego, zdejmowałem tętnopisem Jaqueta krzywe tętna i określałem opukiwaniem rozmiary stłumienia serca. W okresie miesienia i w okresie, kiedy miesienia nie stosowano, mierzono dobową ilość moczu. Ogółem zebrałem 153 spostrzeżeń u 22 chorych (6 kobiet i 16 mężczyzn), które rozdzieliłem na grupy według rodzaju choroby.

Aby czytelników dokładniej objaśnić, w jakich przypadkach prowadziłem badania, przytaczam krótkie historye choroby każdego przypadku.

Grupa I. Wady zastawki dwudzielnej i odpowiedniego ujścia.

1. Zwężenie lewego ujścia żylnego. S. G., lat 19, izraelitka, uskarża się na bicie serca i duszność, zwłaszcza po chodzeniu. Choroba zaczęła się tak znacznem ogólnem osłabieniem, że chora musiała położyć się do łóżka. Trwało to 2 miesiące. Po powstaniu z łóżka już ciągle doznawała bicia serca i duszności. Przed rokiem zjawiły się na nogach obrzęki, które to znikały, to zjawiały się na nowo. Krwioplucia i krwawienia z nosa nie bywa. Rodzice według słów chorej zmarli na raka. Bracia i siostry żyją i są zdrowi. Chorą przyjęto do kliniki 17/X, 1906 r.

Układ kostny i mięśniowy zboczeń nie przedstawia. Na policzkach sinica. Na skórze i widzialnych błonach śluzowych także odcień sinawy. Podściółka tłuszczowa mierna; nieznaczne obrzęki stóp i goleni. Granice płuc prawidłowe, ruchome; przy opukiwaniu odgłos jawny, oddech pęcherzykowy. Lewa połowa klatki piersiowej z przodu, odpowiednio do położenia serca, trochę wystaje, tworząc tak zwany garb sercowy. Prawa granica małego stłumienia serca na prawej linii mostkowej, górna w 3. międzyżebrzu, lewa — na $2^1/_2$ palca nazewnątrz od linii sutkowej. Uderzenie koniuszkowe w 5. międzyżebrzu na $2^1/_2$ palce na zewnątrz od linii sutkowej, rozlane. Przy osłuchiwaniu nad końcem serca pierwszy ton wzmocniony i znaczny szmer poskurczowy; drugi ton nad tętnicą płucną znacznie wzmocniony; nad tętnicą główną ani wzmocnienia drugiego tonu, ani szmeru niema. Tętno 60, pełne, miękkie. Wątroba i śledziona nie dają się wymacać. Język czysty, dziąsła nieco rozpulchnione. Żołądek i jelita zboczeń nie przedstawiają. Dobowa ilość moczu 1100 ctm. sz., c. g. 1.012, odczyn kwaśny, białka i cukru niema; w osadzie niewielka ilość soli moczowych, zresztą niema nic nieprawidłowego. Chorej zalecono spokój, dyetę mleczną i nalewkę konwalii po 15 kropel 3 razy dnia.

Od 17/IX do 17/XI obrzęki znikły, lecz napady bicia serca i duszności zjawiały się przy każdym silniejszym ruchu lub przy chodzeniu (chorej przejść przez pokój trudno), wskutek czego chora ciągle leżała. 18/XI prawa granica stłumienia serca na prawej linii mostkowej, górna w 4. międzyżebrzu, lewa — na linii sutkowej. Przy osłuchiwaniu tesame objawy, co i poprzednio. W 3. międzyżebrzu na palec na lewo od brzegu mostka trzeszczenie niedodmowe. Nalewkę konwalii usunięto i zalecono miesienie brzucha. Miesienie brzucha stosowano 10 razy.

Wyniki następujące (p. tabl. Nr. 1): Granice stłumienia serca przed i po miesieniu bez zmiany. Po 10 dniach miesienia prawa granica stłumienia serca przesunęła się od prawej linii

Tablica Nr. 1

Data	Dobowa ilość moczu ctm. sz.	Przed miesieniem			Po miesieniu			Uwagi
		Oddech	Tętno	Ciśnienie	Oddech	Tętno	Ciśnienie	
18/XI	1500	18	78	130	18	88	135	
19	1300	20	80	130	20	80	135	
20	1300	20	76	125	20	76	125	
21	1200	20	84	130	20	96	125	
28/XI	1300	20	80	150	20	80	125	Od 22/XI do
29	1300	20	80	125	20	80	130	27/XI miesiączka
30	1200	20	72	135	20	76	135	
1/XII	1300	20	72	130	20	80	130	
2	1200	22	76	130	22	84	130	
3	1300	20	72	135	20	72	135	

przymostkowej do prawej mostkowej. Tętno po miesieniu było częstsze 5 razy, bez zmiany 5 razy. Największe przyspieszenie było o 12 uderzeń na minutę. Oddech nie ulegał zmianie. Ciśnienie krwi było wyższe 3 razy, niższe 2 razy, pozostało bez zmiany 5 razy. Na krzywych tętna widoczna była na ogół po miesieniu skłonność do wahań wtórnych, chwilami przytem mniej wyraźnych, do powstawania bliżej ku odciętej (abscyssie), co przemawiało za pewnem zmniejszeniem napięcia naczyń. Chora po miesieniu czuła się z każdym dniem coraz lepiej; napady bicia serca ustąpiły zupełnie i chora może trochę przechadzać się.

2. Zwężenie lewego ujścia żylnego. R. G. lat 11, izraelitka, uskarża się od 2 lat na ból głowy, który trwa po kilka miesięcy. W tym roku już od sierpnia ból ten trwa bez przerwy. Przed 6 laty przebyła chora płonicę bez powikłań. Duszności, bicia serca nie doświadcza. Wstąpiła do kliniki 10/XI 1906 r.

Układ kostny i mięśniowy rozwinięte dobrze. Skóra i widzialne błony śluzowe blade, nieco sinawe. Podściółka tłuszczowa dostateczna, obrzęków niema; odruchy ścięgniste nie wzmożone. Granice płuc prawidłowe, brzegi ruchome, przy opukiwaniu odgłos jawny; oddech pęcherzykowy. Prawa granica stłumienia serca na linii środkowej, górna na 4. żebrze, lewa na linii sutkowej. Uderzenie końca serca w 5. międzyżebrzu, na linii sutkowej, mało wyraźne. Nad końcem obydwa tony dość dźwięczne i szmer poskurczowy, nad tętnicą płucną drugi ton wzmocniony i rozdwojony, nad tętnicą główną nieznaczne wzmocnienie drugiego tonu. Tętno 96, miernie pełne. W żyłach szyjnych silne buczenie. Wątroba nie macalna. Śledziona macalna na 2 palce poniżej łuku żebrowego, średniej zbitości, brzeg zaostrzony. Opadnięcie lewej nerki II stopnia. Dobowa ilość moczu 1600 ctm. sz., c. g. 1.009, odczyn kwaśny, ślady białka, cukru niema; w osadzie niewielka ilość szczawianu wapniowego, zresztą niema nic nieprawidłowego.

Od 10/XI do 17/XI granice stłumienia serca bez zmiany. Rozdwojenia drugiego tonu nad tętnicą płucną nie słychać. Miesienie brzucha stosowano u tej chorej 10 razy.

Wyniki następujące (p. tabl. Nr. 2): Granice stłumienia

Tablica Nr. 2.

Data	Dobowa ilość moczu ctm. sz.	Przed miesieniem			Po miesieniu			Uwagi
		Oddech	Tętno	Ciśnienie	Oddech	Tętno	Ciśnienie	
18/XI	1300	22	76	125	22	76	125	
19	1500	20	80	115	20	80	120	
20	1400	20	84	120	20	84	120	
21	1700	20	88	110	22	80	110	
22	1000	26	84	115	20	96	115	
23	1000	22	78	120	28	84	120	
24	1000	28	90	125	24	96	120	
25	1500	30	92	120	30	96	115	
26	500	26	90	120	24	88	120	
27	1000	24	90	125	24	90	125	

serca bezpośrednio przed i po miesieniu bez zmiany. Tętno po miesieniu było częstsze 4 razy, wolniejsze 2 razy, bez zmiany 4 razy. Największe przyspieszenie było do 12 uderzeń w 1 minucie. Oddech był częstszy 2 razy, wolniejszy 3 razy, a bez zmiany 5 razy. Ciśnienie krwi było większe 1 raz, niższe 2 razy, a pozostało bez zmiany 7 razy. Krzywe tętna naogół po miesieniu bez zmiany. Chora czuje się jednakowo: ból głowy jak poprzednio. W moczu ślady białka w tej ilości, co i przed miesieniem; w osadzie niema nic nieprawidłowego.

3. Niedomykalność zastawki dwudzielnej. Zimnica. G. N., lat 22, prawosławny. Przed 10 dniami dostał wstrząsającego dreszczu z następnem pałaniem gorączkowem i obfitym potem. Podobne napady powtarzały się co drugi dzień. Oprócz tego chory uskarża się na ogólne niedomaganie, bole w piersiach, co spostrzega już od $1^1/_2$ roku. Dawniej był zupełnie zdrów. Wyskoku nie nadużywa. Kiły miał nie przebywać. Przyjęty do kliniki 2/IV 1907 r.

Układ kostny i mięśniowy rozwinięty dobrze. Skóra i widzialne błony śluzowe różowe z niewielkim odcieniem sinawym. Podściółka tłuszczowa mierna. Gruczoły chłonne nie powiększone. Odruchy skórne i ścięgniste wzmożone. W płucach zmian niema. Prawa granica stłumienia serca na linii środkowej, górna na 4. żebrze, lewa na linii sutkowej. Uderzenie końca serca w 5. międzyżebrzu, rozlane, mało wyraźne. Nad końcem serca pierwszy ton osłabiony i nieco przygłuszony, szmer poskurczowy. Nad tętnicą płucną chwilami słychać rozdwojenie drugiego tonu. Gdy chory stoi, rozdwojenia tego nie słychać, również i szmer nad końcem występuje tylko po forsownych ruchach. Tętno 80 w 1 minucie, regularne, pełne. Wątroba niemacalna. Śledziona macalna na 2 palce poniżej łuku żebrowego. Dobowa ilość moczu 1400 ctm. sz., c. g. 1.012, odczyn kwaśny, białka i cukru niema; w osadzie niema nic nieprawidłowego. We krwi pasorzyty zimnicy. Podano chininę 2 razy dnia po 0.5.

Od 14/IV ciepłota prawidłowa. Podawać chininę przestano. Zalecono miesienie brzucha. Miesienie brzucha stosowano 7 razy.

Wyniki następujące (p. tabl. Nr. 3): Granice stłumienia

Tablica Nr. 3.

Data	Dobowa ilość moczu ctm. sz.	Przed miesieniem			Po miesieniu			Uwagi
		Oddech	Tętno	Ciśnienie	Oddech	Tętno	Ciśnienie	
14/IX	1300	20	96	140	20	84	145	
15	1500	16	66	135	16	66	135	
16	1500	16	64	125	16	64	150	
17	1400	18	64	130	18	64	135	
18	1400	20	64	135	20	64	135	
19	1300	22	64	145	22	68	150	
20	1400	20	72	140	10	72	140	

serca bezpośrednio przed i po miesieniu bez zmian. Tętno po miesieniu było częstsze 1 raz, wolniejsze 1 raz, a bez zmiany 5 razy. Zmniejszenie się ilości uderzeń tętna o 12 w 1 minucie. Oddech bez zmiany. Ciśnienie krwi podniosło się 4 razy, pozostało bez zmiany 3 razy. Największe podniesienie było do 25 mm. Hg. Krzywe tętna wskazywały naogół po miesieniu jakby pewne zmniejszenie się napięcia ścian naczyń. Samopoczucie bez zmiany. (C. d. n.).

Piśmiennictwo bieżące.

Laryngologia i otyatrya.

Schwartze. **Trzy odczyty z zakresu nauki o chorobach usznych.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 21). Odczyty te stanowią treść kursu uzupełniającego dla lekarzy, który miał S. w Halle. Przedewszystkiem poddaje S. krytyce nowsze sposoby leczenia. Co do stosowania zastoiny przy ostrem ropnem zapaleniu ucha środkowego, to S. wyraża zdanie, że to leczenie można stosować jedynie w szpitalu, gdzie się jest każdej chwili przygotowanym do operacyi. S. spostrzegał nieraz nagłe pogorszenia przy stosowaniu zastoiny. Złagodzenie bolów często łudzi, bo przytem nieraz w głębi sprawa posuwa się dalej. Miesienie ucha również nie może być szablonowo stosowanem. Głaskanie okolicy ucha wpływa czasem korzystnie na wessanie wy-

sięku z jamy bębenkowej, działa często korzystnie na szmery i t. p. Miesienie z uciskiem od strony przewodu usznego stosuje się przy przewlekłym suchym nieżycie ucha. Wykonywać je można łatwo zapomocą zatykania przewodu palcem (2—3 razy dziennie po 100 razy na minutę); zabieg ten wykonywać może sam chory. Wielki rozgłos zyskał sobie »masseur du tympan« Delstanchea. Przyrząd ten szczelnie przylegając do przewodu, miesi błonę bębenkową przez zgęszczanie i rozrzedzanie powietrza. Przy zaniku błony bębenkowej może przy takiem miesieniu nastąpić pęknięcie, dlatego też S. obawia się dawać chorym ten przyrząd do ręki, choć wogóle chorzy przyrząd ten chwalą twierdząc, że po każdem miesieniu odczuwają wybitną poprawę. Wiele działa tu jednak sugestya. Nagłe przekrwienie ucha przy takiem miesieniu wywołuje czasem zawroty, wymioty i omdlenia. Miesienie zgłębnikiem elastycznym Lucaego może być stosowane ze skutkiem jedynie przez doświadczonego lekarza. Jest ono jednak zwłaszcza z początku bolesne, i S. nie widział nadzwyczajnych przy tym sposobie leczenia wyników. Leczenie operacyjne (wycięcie strzemionka i t. p.) stosować może jedynie wyrobiony operator. Operacye te nie są pozbawione niebezpieczeństwa.

Przewlekłe suche nieżyty ucha mogą mieć tło bardzo różne i nieraz też odpowiednie leczenie wewnętrzne (jod, fosfor, kąpiele solne, Karlsbad i t. p.) wpływa korzystnie na takie nieżyty ucha. S. przestrzega przed leczeniem zimną wodą i kąpielami morskiemi, albowiem zawsze pogarszają one objawy uszne, zwłaszcza szumy, zawroty i głuchotę. Natomiast korzystnie działają letnie kąpiele słone i pobyt w górach nad 500 metrów. W sprawach przewlekłych, polegających nie na zmianach pierwotnych kości, lecz na sprawach zrostowo-zapalnych, niezłe wyniki oddaje czasem leczenie wstrzykiwaniami fibrolizyny.

Przy ostrem zapaleniu pozostał S. wierny pijawkom, pomimo tego, że młodsi twierdzą, iż »stawianie pijawek« jest zabiegiem zupełnie »nie chirurgicznym«. S. widział tak często znakomite wyniki po pijawkach, że stosuje je z zaufaniem nadal. W razie obrzęku i bolesności wyrostka sutkowego nie należy już oczywiście stosować pijawek. Nacięcie błony bębenkowej było i będzie nadal jednym z najważniejszych środków leczniczych celem wczesnego usunięcia ropy, mimo zwalczania tego zabiegu (między innymi przez Piffla). S. jest także za wczesnem stosowaniem cewnika; nie szkodzi ono, jeżeli ten zabieg wykonuje ręka wprawna. Przy przewlekłych nieżytach osiągnąć można także niezłe wyniki przy stosowaniu środków w postaci par przez trąbki. Leczenie to wymaga wprawdzie dość dużej straty czasu, nie jest jednak wcale trudne, o ile ktoś ma wprawę w cewnikowaniu. *K.*

S c h w a r t z e. **Trzy odczyty z dziedziny nauki o chorobach usznych** (Odczyt III). (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 23). Mało w której gałęzi chorób popełnia się tyle błędów, co w chorobach usznych, a przyczyny szukać należy w tem, że na uniwersytetach za mały nacisk kładzie się na wykształcenie w otyatryi. Błędy te są następujące: Bardzo często wogóle nie rozpoznaje się cierpienia usznego i nie bada się ucha, uważając dane objawy za zupełnie coś innego; n. p. zawroty głowy, nudności, niemożność stania, drżenie gałek odnosi się do cierpienia mózgu, zamiast do schorzenia błędnika. Podobnie ropnica pochodzenia usznego uchodzi często za ropnicę »z nieznanego źródła«, lub za inne cierpienie, jak dur i t. p. Jeszcze może częściej zdarza się odwrotnie, t. j. rozpoznaje się i leczy nieistniejące wcale cierpienie ucha z powodu n. p. rozpromieniających się bolów przy próchnieniu zębów, zapaleniu gardła, jamy nosowej, gośćcu, dalej przy szumach usznych z powodu błednicy i niedokrwistości i t. p. Nieraz też popełnia się błędy rozpoznawcze przez nieumiejętne badanie. Wypuklającą się lub wypadłą i obrzmiałą błonę bębenkową uważa się mylnie za polipa i t. p. Także co do leczenia cierpień usznych popełnia się liczne błędy przez szablonowe stosowanie leczenia. Tak n. p. takiem »z zasady« stosowanem leczeniem jest wypłukiwanie ucha. Niektórzy lekarze sądzą, że przed każdem badaniem należy ucho wypłukać. Jest to zapatrywanie błędne. Po pierwsze bowiem zaciera się przez to nieraz charakterystyczny obraz, a powtóre nie należy zapominać, że i zwykłe wystrzykiwanie może nieraz choremu bardzo zaszkodzić. N a j p i e r w należy zawsze ucho dokładnie zbadać! Taksamo nieraz bardzo szkodliwie działać może zadmuchiwanie proszków leczniczych do ucha przy ropieniu ucha środkowego. Przy małych i wysoko położonych przedziurawieniach błony bębenkowej, nieraz proszek zatyka otworek przedziurawienia i wywołuje zatrzymanie się ropy. Zwłaszcza nie powinno się chorym dawać rozpylacza z proszkiem do ręki. Jeszcze więcej błędów popełnia się przy ciałach obcych w przewodzie usznym. Zasadą lekarza powinno być usuwać ciała obce jedynie zapomocą wystrzykiwania po przekonaniu się, że rzeczywiście to ciało obce w uchu się znajduje, bo na opowiadaniu chorych nigdy polegać nie można. Gdy ciało obce przy wystrzykiwaniu nie odejdzie, to najlepiej, nie będąc pewnym siebie, odesłać chorego zaraz do specyalisty, bo nieumiejętne próby wydobycia wpychają zwykle ciało obce jeszcze głębiej. Przy świeżych zranieniach w uchu nie należy nigdy wystrzykiwać. Taksamo nie należy przestrzykiwać przy krwotokach z ucha przy pęknięciach czaszki. Tutaj stosuje się jedynie opatrunek jałowy i leżenie w łóżku. Często także szkodzi się chorym przez nieumiejętne wdmuchiwania powietrza do nosa. Również nieraz już zaszkodzono uchu przez nieumiejętne, a nieraz zupełnie niepotrzebne zabiegi w nosie. Choroby ucha są równie ważne, jak choroby innych narządów, i leczyć je powinien tylko dokładnie z otyatryą obeznany lekarz. *K.*

Z i ł o w i t s c h (Petersburg). **O leczeniu sklerozy usznej prądem przerywanym.** (*Monatschr. f. Ohrenh.* 1908, str. 597). Autor upatruje przyczynę i istotę sklerozy usznej w schorzeniu mięśni wewnętrznych ucha; osłabienie czynności i zanik tych mięśni ma być powodem szumów i przytępienia słuchu. W celu leczniczym zaleca autor prąd przerywany i w wzmocnieniu czynności mięśni wewnętrznych ucha upatruje w swych przypadkach przyczynę ustąpienia, względnie zmniejszenia się szumu i poprawy słuchu. Przy elektryzowaniu, jedną elektrodę zakłada się do wejścia do trąbki usznej, naciskając jej końcem na górną ścianę trąbki, drugą elektrodę przyłożyć najlepiej w kącie między dolną szczęką, a wyrostkiem sutkowym. Natężenie prądu zależy od usposobienia danego chorego, w każdym razie powinno się stosować prąd najsilniejszy, jaki tylko chory znieść może. Czas trwania posiedzenia wynosić ma 3—5 minut, i zabieg ten nie rzadziej należy stosować, niż co drugi dzień. *A. R.*

B a y e r. **Dwa szczególne przypadki aspiracyi ciał obcych.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 22). W jednym z tych przypadków u 9-letniego chłopca znaleziono na sekcyi jako przyczynę ropnego zapalenia płuc i opłucnej zatkanie prawego oskrzela aspirowanym (we śnie) zębem mlecznym, a w drugim podobnym przyczyną zatkania oskrzela i zapalenia płuc był martwak kiłowy podniebienia, który również zdaje się we śnie dostał się też do prawego oskrzela. Przypadki aspiracyi własnych stałych części ustroju nie są częste. Cząstki takie dostawać się mogą do oskrzeli niepostrzeżenie i przebywać tam nawet nieraz bardzo długo, nim zostaną wydalone lub wywołają powikłania. Zwykle jednak powikłania płucne występują w 2—3 dni po aspiracyi. *A.*

Okulistyka.

Ch. L a f o n. **Etyologia gradówki.** (*Arch. d'Opht.* 1908, T. XXVIII., Nr 11 i 12). Autorowi udało się wykazać w świeżo powstałych gradówkach wągry (*comedones*), barwiące się sposobem Unny i zupełnie podobne do tych, jakie wedle badań Unny i Sabourauda wywołują trądzik. Te zatem wedle spostrzeżeń autora gradówki w największej części przypadków pojawiają się u osób, które mają, albo przynajmniej w dawniejszych latach miały trądzik skóry. Ważną rolę odgrywają także ogólny stan zdrowia, usposabiający zarówno do gradówek, jak i do trądzika. Napozór wydaje się, że zdrowie takich osób jest czerstwe i kwitnące, uważne jednak badanie pozwoli wyróżnić u nich pewne usposobienie o szczególnych własnościach. Oprócz krostek trądzika na czole, nosie, na karku, między łopatkami, zauważyć się dają i inne objawy: są to przedewszystkiem chorzy, dotknięci łojotokiem skóry, która na głowie łuszczy się obficie i wywołuje wypadanie włosów i przedwczesną łysinę. Często spotyka się wyprysk łojotokowy, zwłaszcza na mostku, zdarzają się również opryszczki (*herpes febrilis*), łuszczyca i t. p. Często istnieją pewne zaburzenia i w trawieniu. Apetyt bywa dobry, są to chorzy, którzy mają zwyczaj jeść dużo i prędko, t. j. połykać pokarmy niedostatecznie zżute (*tachyphagia*). Po jedzeniu dostają wzdęcia, senności i ospałości. Sen miewają niespokojny, płytki, nie mogąc sypiać na lewym boku. Często cierpią na nawykowe zaparcie stolca. Mają skłonność do otyłości. Autor na szeregu spostrzeżeń usiłuje wykazać, że u osób tego typu gradówki występują częściej, niż u innych, i radzi drogą odpowiednich wskazówek higienicznych zwalczać usposobienie łojotokowe, oraz usuwać wyżej wspomniane nieprawidłowości trawienia.

K. W. Majewski.

Meissonier. **Brodawczak rogówki.** (*Arch. d'Opht.* 1908, T. XXVIII., Nr 11 i 12). Autor usunął operacyjnie u 60-letniego rolnika guzek, wyrastający z rogówki, który przy badaniu mikroskopowem okazał się brodawczakiem. Pochodzenie rogówkowe tego guzka, którego brzeg obwodowy oddalony był przeszło o milimetr od granicy rogówkowo-twardówkowej, nie ulegało żadnej wątpliwości, w przeciwieństwie do tych przypadków, w których nowotwór wyrastał z samego rąbka spojówkowego i pozostawał w łączności częścią z rogówką, a częścią ze spojówką gałki. Przypadków podobnych opisano dotąd niewiele, a z tych każdy prawie okazywał pewne odrębności histologiczne, ale mimo różnic histologicznych kliniczne znamiona tego nowotworu są prawie zawsze te same: guzek barwy szaro-różowej lub brudno-szarawej, o budowie zrazistej, a powierzchni nierównej, dość miękki, całą podstawą do rogówki przylegający, niebolesny, przyrody łagodnej, dający się usunąć przez odcięcie z zachowaniem gałki ocznej, ale często tworzący nawroty. *K. W. Majewski.*

H. Gifford. **Dwa przypadki pierścieniowatego zaćmienia soczewki.** (*Ophthalmology* 1909, Vol. 5, Nr 2). Vossius opisał 6 przypadków pierścieniowatego zaćmienia soczewki w następstwie tępego urazu. Zaćmienie to niezawsze jest widzialne w oświetleniu ogniskowem, natomiast stale i wybitnie widać je w świetle przepuszczonem. Wielkość pierścienia, złożonego z drobniutkich punkcików szarych lub brunatnych, odpowiada obwodowi źrenicy tak, że blizkiem jest przypuszczenie, iż są to grudki barwika tęczówkowego, startego z *pars iridica retinae* wskutek przytłoczenia rogówki do tęczówki i soczewki. Autor opisuje dwa podobne przypadki, różniące się tem jednak, że przy użyciu znaczniejszego powiększenia widać było bardzo drobne złogi w postaci delikatnego pyłku, obejmujące całą przestrzeń w obrębie pierścienia, a również i na zewnątrz od jego obwodu. Nadto w jednym z przypadków uraz nie był tępy, lecz chodziło o ranę przeszywającą na granicy rogówkowo-twardówkowej. *K. W. Majewski.*

Terrien. **Zaćma wskutek działania prądu elektrycznego.** (*Arch. d'Opht.* 1908, T. XXVIII., Nr 11 i 12). Mechanik paryskiej kolei podziemnej dotknął nieostrożnie metalowego pręta, przez który przepływał prąd o sile 550 wolt. Stracił przytomność i doznał poparzeń III. stopnia na czole i na obu skroniach. Gdy obrzęk powiek ustąpił, bądanie gałek ocznych i dna oczu nie wykazało żadnych zmian. Dopiero we dwa miesiące po przypadku zgłosił się chory powtórnie z powodu osłabienia wzroku na oku prawem. Badanie wykazało punkcikowate zaćmienie w przedniej korze soczewki, najwybitniejsze w okolicy równikowej. Zaćma z biegiem czasu postępowała i w chwili ogłoszenia artykułu soczewka była już prawie zupełnie zaćmiona. Operacyi autor dotąd nie wykonał. Co do patogenezy tego rodzaju zaćm, to autor nie przypuszcza, żeby powstawały one wskutek skrzepnięcia białka w komórkach i włóknach soczewkowych pod torebką, jak to wynika z doświadczeń Chiribuschiego, tam bowiem zaćmienie soczewki występowało prawie bezpośrednio po uderzeniu prądu. Jedynie prawdopodobnem zdaje się być działanie mechaniczne i elektrolityczne prądu, bądźto wprost na tkankę soczewkową, bądź też na ciało rzęskowe. Zmienione w ten sposób warunki odżywienia wywołują z czasem powstanie zaćmy. *K. W. Majewski.*

Villard. **O samorodnych pęknięciach gałki ocznej w przebiegu jaskry.** (*Arch. d'Opht.* 1906, T. XXVIII., Nr 11 i 12). Ze względu na wielką rzadkość tego powikłania jaskry ogłasza Villard trzy własne spostrzeżenia, pochodzące jeszcze z lat 1894, 1897 i 1898. W dwóch pierwszych jaskra znajdowała się już w okresie zupełnego oślepnięcia i przyszło do powstania wrzodu rogówki (*ulcus atheromatosum corneae*). Pęknięcie tego wrzodu wywołało silny krwotok naczyniówkowy z zupełnem wynicowaniem błon wewnętrznych oka, oraz wyrzuceniem ciała szklistego i soczewki. W trzecim przypadku wrzód rogówkowy był zmianą pierwotną, do której przyłączyły się objawy jaskry, a po pęknięciu wrzodu powstał również krwotok. Jak widzimy, u wszystkich trzech chorych czynnikiem usposabiającym do samorodnego pęknięcia było zwiotczenie i nadwątlenie rogówki wskutek złego odżywienia, względnie wskutek sprawy ropnej. *K. W. Majewski.*

Adamantiades. **Przypadek jednostronnego widzenia połowiczego w następstwie urazu.** (*Arch. d'Opht.* 1908, T. XXVIII. Nr 11 i 12). Autor spostrzegał u 34-letniego mężczyzny w następstwie upadku i stłuczenia tyłogłowia, zwężenie obustronne pola widzenia, przedstawiające typ połowiczego niedowidzenia prawostronnego o tyle niezupełnego, że część pola widzenia utracona, była na obu oczach częściowo zachowana, a część zachowana okazywała, zwłaszcza w oku lewem, dość znaczne zwężenie współśrodkowe. Chory przedstawiał nadto objaw Barda, t. j. miał poczucie światła w utraconych połowach pól widzenia. Połowiczego oddziaływania źrenic (objawu Wernickego) nie można było wykazać. Bystrość wzroku prawego oka prawidłowa, lewego oka obniżona do $^1/_{10}$. Badanie wziernikiem wykazywało w lewem oku wyraźne zblednięcie tarczy, czem autor tłómaczy i niedowidzenie tego oka i współśrodkowe zwężenie granic pola widzenia. Z innych objawów zauważono obniżenie słuchu po stronie lewej i nieznaczne utrudnienie mowy. *K. W. Majewski.*

Nuel. **Obrzęk pęcherzykowaty plamki żółtej.** (*Arch. d'Opht.* 1908, T. XXVIII., Nr 11 i 12). Jest to zmiana, przedstawiająca się przy badaniu wziernikowem jako grupa licznych, białych lub białawych drobnych ognisk, rozsianych mniej lub więcej gęsto w plamie żółtej lub w jej otoczeniu. Badanie histologiczne oka, wyjętego z powodu zranienia, a okazującego wyżej opisany obraz, wykryło obecność licznych jamistych przestworów w warstwie Henlego, wypełnionych cieczą. Zmianę tę uważa autor za obrzęk siatkówki, który w miarę dalszego nagromadzenia się płynu przez zanik ścianek i przegródek z pęcherzykowatego stać się może rozlanym. Zmiana ta występuje nietylko w przypadkach urazowych. Częściej występuje ona samorodnie u osób starszych z miażdżycą tętnic i z zaburzeniami w krążeniu, u których bywa często białko w moczu i które miewają stały, lub przemijający obrzęk nóg i okolicy kostek. Zmiana w siatkówkach rozwija się bardzo powoli, w ciągu szeregu lat. Wzrok bywa tylko miernie upośledzony, bo ani warstwa pręcików i czopków, ani naczyniówka nie bywa zajęta, za czem przemawia zupełny brak złogów barwikowych. Po pewnym czasie sprawa zatrzymuje się, ale prawie nigdy się już nie cofa. Oprócz upośledzenia bystrości naośnej, spostrzegał autor w niektórych przypadkach achromatopsyę i łatwą do zrozumienia metamorfopsyę. *K. W. Majewski.*

G. Robinson. **Trepanacya wobec tarczy zastoinowej.** (*Ophthalmology* 1909, vol. 5, Nr 2). Autor zastanawia się nad mechanizmem powstania tarczy zastoinowej, oraz nad stanowiskiem, jakie zająć powinien chirurg wobec grożącej utraty wzroku. Nie ulega wątpliwości, że w przeważnej części przypadków na pierwszy plan wysuwa się kwestya życia, ponieważ jednak zachodzą przypadki zupełnego lub względnego wyzdrowienia (zapalenie opon, wodogłowie wewnętrzne), lub też wyleczenia po operacyjnem usunięciu nowotworu śródczaszkowego, przeto na wszelki wypadek trzeba się liczyć z przyszłością wzroku i z tego powodu uważać samą tarczę zastoinową, zwłaszcza jeśli jej towarzyszy szybki spadek bystrości wzroku, za naglące wskazanie do otwarcia jamy czaszki w celu usunięcia wzmożonego ucisku śródczaszkowego. W tych przypadkach, gdzie z powodu braku dokładnej lokalizacyi, nie można operować doszczętnie, należy zgodnie z zapatrywaniem Horsleya nie zwlekać z trepanacyą, i nie ograniczać się do samej trepanacyi, lecz w każdym przypadku wykonać nacięcie opony twardej. *K. W. Majewski.*

Edward Jackson. **Objawy oczne i oczodołowe zakrzepu zatoki jamistej.** (*Ophthalmology* 1909, vol. 5, Nr 2). Objawy te omawia autor, poczynając od najważniejszych i najczęstszych i przechodząc do drugorzędnych i mniej rozstrzygających. W pierwszym rzędzie wymienia wysadzenie gałek, występujące nagle i wzmagające się w ciągu pierwszych kilku dni. Szczególnie znamienne jest równoczesne wysadzenie obu gałek ocznych. Równocześnie występuje znaczny obrzęk powiek, który szerzy się częstokroć na całą twarz. Na gałce ocznej widać objawy zastoju żylnego, a wziernikiem stwierdzamy rozdęcie i pokręcenie żył, zamglenie siatkówki i tarczę zastoinową. Ruchy gałki ocznej już po kilku dniach zostają zniesione wskutek porażenia wszystkich mięśni prostych. Równocześnie pojawia się obrzęk i przekrwienie spojówki powiek, obfita wydzielina, a szereg objawów ocznych zamyka częstokroć owrzodzenie i ropienie rogówki. *K. W. Majewski.*

Zimmermann. **Dalszy przyczynek do leczenia surowicą nieswoistą zakażeń ocznych.** (*Ophthalm. Klinik* 1908, Nr 21). Wiadomo, że tak zwane »paraspecyficzne« leczenie surowicze polega na stosowaniu pewnej, n. p. przeciwbłoniczej surowicy, bez względu na rodzaj zakażenia. Autor ogłasza 28 własnych przypadków różnego rodzaju zakażeń oka, jak *ulcus serpens*, *hypopyon*, *vulnera penetrantia infecta*, *iridocyclitis suppurativa post operationem cataractae*, a nawet *iritis luetica gummosa*, w których to przypadkach wstrzykiwał chorym

stale surowicę przeciwbłoniczą Rouxa, ograniczając leczenie miejscowe do koniecznego minimum. Z przypadków, w których częściowo odstąpił od tej zasady i gdzie prócz tego stosował inne zabiegi lub środki miejscowo lub ogólnie, przytacza te tylko, w których dopiero jednorazowe, lub dwurazowe wstrzyknięcie surowicy nadało chorobie wyraźny i stanowczy zwrot pomyślny. Tak n. p. choremu z *iritis gummosa* równocześnie wcierano rtęć, leczenie to jednak nie odnosiło żadnego skutku. Nagła poprawa wystąpiła dopiero po dwukrotnem wstrzyknięciu surowicy. Z 28 przypadków w czterech wynik był ujemny, w tem jeden przypadek zakażenia po operacyi zaćmy i trzy przypadki ciężkich wrzodów pełzających rogówki. We wszystkich innych skutki leczenia surowiczego były korzystne.

K. W. Majewski.

Rollet. **Oko, a postrzały rewolwerowe.** (*Revue gen. d'Ophthalm.* 1908, Nr 11 i 12, 1909, Nr 1). Autor zestawia sześć przypadków postrzałów rewolwerowych w skroń prawą, w tej liczbie pięć w zamiarze samobójczym, a jeden postrzał podczas krwawej sprzeczki. Co do postępowania leczniczego czyni autor następujące uwagi: Szerokie zranienie gałki ocznej z przebiciem jej ścian stanowi niewątpliwe wskazanie do wyłuszczenia gałki. Po wykonaniu wyłuszczenia należy w otwartym oczodole poszukać kuli. Silne stłuczenie gałki (bez rany bezpośredniej) wiedzie zwykle do stanów zapalnych i do bolesnego zaniku, i sprawa najczęściej kończy się również wyłuszczeniem gałki. Nie należy w każdym bez wyjątku przypadku kusić się o wyszukanie i wydobycie kuli. Zadanie to może być bardzo trudne i niewdzięczne, jeśli kula tkwi w wewnętrznej ścianie jednego z oczodołów, z powodu licznych przegródek i komórek kostnych. Zresztą doświadczenie poucza, że chorzy niejednokrotnie obecność kuli znoszą bardzo dobrze. W każdym przypadku, nawet w razie zaburzeń ze strony jednego tylko oka, należy sporządzić rentgenogramy obu oczodołów z przodu i z profilu.

K. W. Majewski.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 9. czerwca 1909.

Przewodniczy Prof. Dobrowolski. — Obecnych członków 36.

Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

1) Prof. Kader przedstawia: *a*) chorą l. 35, u której z powodu kamicy żółciowej dokonał **wycięcia pęcherzyka żółciowego i sączkowania przewodów** wątrobnych. Chora żółtaczki nie miała nigdy, a kamica objawiała się od szeregu miesięcy trwającymi stałymi bolami w okolicy pęcherzyka, potęgującymi się po jedzeniu. Przez powłoki brzuszne wyraźnie wyczuwać się dawał twardy i bolesny pęcherzyk żółciowy. Przy operacyi znaleziono pęcherzyk żółciowy tylko nieznacznie powiększony, szczelnie wypchany wielką ilością kamieni. Zrosty dokoła pęcherzyka nieznaczne i dostęp wzdłuż pęcherzyka do wielkich dróg żółciowych niezbyt utrudniony. Po oddzieleniu pęcherzyka od wątroby obcięto zgrubiały przewód pęcherzykowy tuż przy przewodzie żółciowym wspólnym i z otrzymanego w ten sposób otworu częścią przez wycinanie, częścią zapomocą łyżeczki usunięto jeszcze znaczną ilość piasku i kilka kamieni z przewodu wspólnego i z jego uchyłka, położonego za dwunastnicą tuż przy brodawce Vatera, jak i z obu przewodów wątrobnych. Do szczególności przypadku należy właśnie ten nizki podział przewodu wątrobowego na dwa, tak, iż w miejscu połączenia przewodów pęcherzykowego, wątrobowego i wspólnego stwierdzono nie 3, jak zwykle, ale 4 kanały — 2 wątrobowe. Wskutek tego sączkowania przewodów wątrobowych dokonano zapomocą 2 sączków gumowych, każdy osobno. Ranę brzuszną częściowo zaszyto, częściowo tamponowano. Przebieg pooperacyjny zupełnie pomyślny. Cała żółć dotychczas odpływa przez sączki, a stolce są odbarwione. Od operacyi upłynęło już 18 dni.

b) Chorą l. 44, po **nefrektomii z powodu gruźlicy nerki prawej**. Chora została przysłana przez Prof. Rosnera, do którego zgłosiła się ze skargami ginekologicznemi. Podejrzenie co do gruźlicy nerki powziął Prof. R., na podstawie wyczuwanego przez pochwę zgrubienia w przypęcherzowej części moczowodu. Badanie w klinice chirurgicznej potwierdziło to rozpoznanie. U tej chorej, jak zwykle, na pierwszy plan występowały objawy pęcherzowe. W koło moczowodu nerki chorej nieznaczny obrzęk błony śluzowej; owrzodzeń przy cystoskopii nie znaleziono. Natomiast były w moczu, otrzymanym z nerki chorej, prątki gruźlicze i opóźnienie o kwadrans wystąpienia cukru przy próbie florydzynowej. Nerkę usunięto z cięcia skośnego, przedłużonego w dół tak daleko, by można było wyciąć cały moczowód aż do pęcherza z wpukleniem do pęcherza kikuta moczowodowego. Rana obecnie zagojona doraźnie, stan chorej znacznie się poprawił, chora chodzi.

c) **Wyrostek robaczkowy, operowany w okresie międzynapadowym** u młodego 22-letniego człowieka, który przeszedł kilka tygodni temu podostre zapalenie wyrostka i został uznany przez internistów za zupełnie zdrowego. Objawy zarówno podmiotowe jak i przedmiotowe były bardzo nieznaczne, a przy zabiegu znaleziono wyrostek prawie 15-centymetrowy wypełniony ropą z jednem miejscem o tak ścieńczałej i blizkiej przerwania się ścianie, że najlżejszy uraz lub silniejsze zadziałanie tłoczni brzusznej mogło w każdej chwili wywołać niespodziewaną katastrofę pęknięcia. Prof. Kader zaznacza ponownie swoje stanowisko w sprawie leczenia zapalenia wyrostka robaczkowego: należy operować każdy przypadek. Przytacza przykłady z ostatnich dni. 2 tygodnie temu operował asystenta swego Dra N., który o $2^1/_2$ popołudniu jeszcze asystował przy operacyi, a o $11^1/_2$ w nocy już był po operacyi wycięcia wyrostka. Na wyrostku naloty ropne, płyn ropiasty w małej miednicy, żywe nastrzykanie wszystkich widocznych pętli jelitowych, sprawa chorobowa trwała niespełna 8 godzin. Nazajutrz Dr Radliński operował w klinice chłopca 13-letniego w 30 godzin po początku napadu. Wyrostek już był przedziurawiony i rozległe ropne zapalenie otrzewnej. Przebieg obu przypadków pomyślny.

d) Chorego lat 55, przysłanego przez Prof. Pieniążka, u którego dokonał **wycięcia krtani z powodu raka** przy łaskawej asyście Prof. Pieniążka. Przypadek technicznie o tyle trudny, że były duże przerzuty w gruczołach wzdłuż wielkich naczyń, oraz że chory poprzednio był operowany endolaryngealnie, wykonywano laryngofisurę i wreszcie tracheotomię z powodu grożącego zaduszenia. Wycięcie musiało być bardzo rozległe i kikut tchawicy cofał się po przecięciu o parę centymetrów poniżej mostka. Również wycięcie przedniej i bocznych ścian przełyku musiało być tak rozległe, że zaledwie wystarczyło śluzówki na obszycie cienkiego 5 mm sączka gumowego, wprowadzonego przez nos i przełyk do żołądka w celu odżywiania. Musiano usunąć oprócz tego część gruczołu tarczowego, nagłośni, kości gnykowej i tylne części języka. Przebieg pooperacyjny ciężki, bardzo kłopotliwy i wymagający dużych starań i czujności; przez długie trzymanie tamponów dokoła kikuta tchawicy (12 dni) uniknięto powstania zakażenia śródpiersia. Obecnie chory chodzi i czuje się dobrze. Jedynem powikłaniem jest obecnie puszczenie w paru miejscach szwów, obszywających dren w przełyku na przebiegu szyi. Zapewne przez operacye plastyczne trzeba będzie powstałe otwory pozamykać. K. ma dobre wyniki po wycięciach krtani. Paru operowanych przeżyło krytyczne dla nawrotów lata w zupełnem zdrowiu. Krtani sztucznej K. nie używa: chorzy mówią wcale wyraźnie zapasem powietrza z ust, a jeden z nich pełni obecnie, w 5 lat po zabiegu, obowiązki biurowego urzędnika kolejowego.

e) Dziewczynę 18-letnią, przywiezioną jako zupełną kalekę z powodu **porażeń kończyn dolnych** (*poliomyelitis*) rok temu do kliniki. Dokonano wtedy na jednej nodze **przeszczepienia ścięgien** (długi mięsień strzałkowy zdrowy na porażony m. piszczelowy tylny), na drugiej, gdzie nie było żadnej dającej się wyzyskać grupy mięśniowej, **artrodezy** w stawie skokowym górnym. Obecnie chora, w 5 dni po zdjęciu gipsowego opatrunku, wprawdzie o kiju, ale już o własnych siłach może chodzić. Z czasem będzie mogła chodzić zupełnie swobodnie. (Streszczenia własne).

W dyskusyi zabierają głos kol. Eisenberg, Prof. Kader; kol. Poźniak omawia jako przyczynek przypadek zapalenia wyrostka robaczkowego.

2) Prym. Borzęcki przedstawia już raz demonstrowaną chorą, leczoną jodem, dotkniętą napozór toczniem, co do którego zachodziły wątpliwości. Rozpoznanie wahało się między kiłą, a gruźlicą. Pod leczeniem jodowem zmiany na skórze ustąpiły i dziś na pewno rozpoznać można **kiłę**.

3) Kol. Eisenberg przedstawia: *a*) **preparat gruźlicy rozpadowej płuc u morskiej świnki** z jamami rozpadowemi, przypominającemi obraz choroby ludzkiej. Świnka ta była szczepiona podskórnie plwociną chorej, cierpiącej od dłuższego czasu na gruźlicę rozpadową płuc. Plwocina zawierała ogromne ilości bakteryi gruźliczych (przy kilkakrotnem badaniu), mimo to dziś po 10 miesiącach stan ogólny chorej nie pogorszył się, raczej

poprawił. Swinka padła w 10 miesięcy po zaszczepieniu; czas bardzo długi, gdy się zważy ogromną ilość zaszczepionego materyału. W miejscu szczepienia owrzodzenie, a materyał z niego nie wykazał bakteryi. Gruczoły pachwinowe po obu stronach bardzo powiększone, zamienione prawie w całości w jamy, wypełnione rzadką ropą z bardzo nielicznemi bakteryami. Wątroba przedstawia obraz marskości gruźliczej, śledziona 5—6-krotnie powiększona z nielicznymi guzkami gruźliczymi. W obu płucach nacieki rozległe zserowaciałe z obszernemi jamami rozpadowemi. W treści tych jam, jak pokazuje wystawiony preparat drobnowidowy, ogromna ilość bakteryi, podobnie jak w plwocinie chorej, z której wzięto materyał do szczepień. Przypadek ten jest ciekawym przyczynkiem do poruszanego w ostatnich czasach zagadnienia, w jaki sposób powstaje gruźlica rozpadowa płuc u człowieka. Jak wiadomo, u morskiej świnki, zwierzęcia najwrażliwszego na zakażenie gruźlicze, wstrzyknięcie bakteryi gruźliczych nie wiedzie prawie nigdy do formy rozpadowej, odpowiadającej obrazowi »suchot płucnych« u człowieka. Wyjątkowo tylko przy zakażeniu bardzo małemi, ilościami udaje się wywołać zakażenie długotrwałe, wiodące do zmian rozpadowych z jamami. Natomiast wykazał Römer, że w pewnych warunkach stale można wywołać u świnek taką formę, a mianowicie przez powtórne zakażenie świnek, już gruźliczo zakażonych. Jeszcze w r. 1891 Koch odkrył, że jeśli takim świnkom zaszczepić podskórnie małą ilość bakteryi, to nie powstaje u nich miejscowe owrzodzenie i obrzęk przyległych gruczołów chłonnych, lecz guzek nieznaczny, powstający w miejscu szczepienia, znika po krótkim czasie, nie wiodąc do dalszych zmian. W przeciwieństwie do tej odporności wobec powtórnego zakażenia wykazał Bail w r. 1905, że jeśli takim świnkom wstrzyknąć naraz wielką ilość bakteryi (100 mgr.) do otrzewnej, to zwierzęta te giną w ciągu kilku do kilkunastu godzin wśród objawów nadwrażliwości. Otóż cały szereg nowszych autorów (Behring, Römer, Marmorek, Kretz) uważają gruźlicę płuc rozpadową u człowieka za wynik powtórnego zakażenia gruźliczego u osobników, które już w dzieciństwie przebyły pierwotne zakażenie i w następstwie tego są wobec zarazka częścią odporne, częścią zaś nadwrażliwe, w każdym razie objawiają wobec niego »innoczynność«, czyli zmienione oddziaływanie (allergię Pirqueta). Rzeczywiście u dzieci mimo, że w tym wieku zakażenie jest bez porównania zwykle cięższe i niepomyślne co do rokowania, zmiany gruźlicze są zwykle dość nieznaczne, a forma rozpadowa należy do rzadkości. Tak więc na gruncie dziewiczym co do gruźlicy przybiera zakażenie inną formę, niż u dorosłych, którzy, jak pokazują nowe badania anatomopatologiczne i kliniczne (patrz wykład mowcy), już w dzieciństwie ulegają zakażeniu. Tutaj zakażenie powtórne (czy to z zewnątrz, czy jako zakażenie własnorodne, »autoinfekcya», z utajonych ognisk), o ile wiedzie do form rozpadowych, przebiega zwykle bardzo przewlekle mimo wielkiej rozległości zmian i znacznej często ilości bakteryi, przedstawia zatem cechy pewnej odporności. Przypadki gwałtownie przebiegające (t. zw. »galopujące«) odpowiadałyby natomiast może śmierci nadwrażliwych świnek w doświadczeniach Baila.

Jak wytłómaczyć sobie powstanie zmian rozpadowych u naszej świnki? Odporność jest ilością stosunkową, wyrażającą stosunek jadowitości drobnoustrojów zakażających do środków ochronnych ustroju zakażonego. Przy równej wrażliwości będzie ona większa, przy małej ilości bakteryi zakażających lub przy małej ich jadowitości, przy równej jakości i ilości zarazków tem większa, im sprawniejszy będzie ustrój w walce z nimi. Nasza świnka, zakażona (po raz pierwszy) znaczną ilością bakteryi, żyła przez 10 miesięcy — mimo olbrzymiej ilości zarazków rozmnożonych w płucach. Należy więc — wobec mniej więcej jednolitej wrażliwości świnek na zakażenie gruźlicze — przyjąć w tym przypadku względnie małą jadowitość bakteryi, z czem zgadza się też względnie pomyślny przebieg choroby u chorej. Wynika stąd, że może i u człowieka zmiany rozpadowe przewlekłe mogą powstawać i przy zakażeniu pierwotnem, o ile mała jadowitość zarazka pozwala na rozwinięcie akcyi ochronnej, niewystarczającej do zupełnego wyleczenia sprawy, ale dość skutecznej, żeby sprawie nadać charakter przewlekły i względnie łagodny.

b) Dalej pokazuje E. dalsze **nowe metody barwienia bakteryi gruźliczych**: 1) barwienie fuksyną boraksową na gorąco, odbarwianie alkoholem kwaśnym (bakterye czarnoczerwone), 2) barwienie fuksyną karbolową na gorąco, kw. chromowy 5% kilka minut, alkohol kwaśny (bakterye jasno-czerwone, inne fioletowe), 3) barwienie fuksyną karbolowo-formalinową na gorąco, odbarwianie alkoholem kwaśnym (bakterye fioletowe, reszta jasno-czerwona), (zamiast formaldehydu można też użyć paraformaldehydu). Wreszcie z dawniejszych metod poleca E. odbarwianie zap. *liquor ferri sesquichlorati*, pozwalające uniknąć mocnego odbarwiania kwaśnym alkoholem (de Giacomi-Gottstein). (Streszczenie własne).

W dyskusyi Doc. Gliński zwraca uwagę, że przedstawione płuca świnki morskiej nie mają typowego wyglądu jam; następnie zabierają głos kol. Herm. Hirsch i kol. Eisenberg.

Sekretarz: *Dr Morawski.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XXI. Posiedzenie naukowe z dnia 11. czerwca 1909.

I. Kol. Prof. Rydygier przedstawia chorą, u której **wycięto szczękę górną z powodu kostniako-mięsaka** i podnosi zbyteczność podwiązywania tętnicy szyjnej i przecięcia tchawicy. Dyskusya: Kol. Prof. Ziembicki na podstawie własnego doświadczenia potwierdza to zdanie.

II. Kol. Rydygier (jun.) przedstawia chorą, u której **wycięto prawie cały żołądek z powodu raka.** W dyskusyi zauważa kol. Prof. Rencki na podstawie swych obserwacyi występowanie nawrotów raka, i to w krótkim czasie, nawet po tak doszczętnym zabiegu. W odpowiedzi podnosi kol. Prof. Rydygier łatwiejsze i szybsze występowanie nawrotów przy rakach pierwotnych niewielkich. Nadto przemawiali kol. Prof. Barącz i prelegent.

III. Kol. Prof. Rydygier zagaja posiedzenie **w sprawie nowotworów**, w krótkości kreśląc dzisiejszy stan usiłowań zwalczania raka w ogólności. U nas na razie ograniczono się do zbierania dat statystycznych.

IV. Kol. Nowicki wygłasza wykład: **Badania ostatniej doby nad nowotworami.** Przeszedłszy pokrótce dawniejsze teorye powstawania nowotworów, zatrzymuje się prelegent nieco dłużej nad teoryą pasorzytową. Następnie kreśli dawne badania z przeszczepianiem nowotworów ludzkich na ludzi i zwierzęta. Obecne badania rozpoczęto pod hasłem walki z rakiem, a polegają one głównie na przeszczepianiu nowotworów zwierzęcych zwierzętom. Prelegent mówi o sile wzrostu tych nowotworów, o zdolności przeszczepiania, o wzmacnianiu względnie osłabianiu ich jadowitości, o utkaniu nowotworów pierwotnych i uzyskanych z przeszczepiań, o zmianach w tem utkaniu (przejście raka w mięsaka i t. p.); wspomina o mieszaniu nowotworów i o znaczeniu wyników stąd otrzymanych dla zrozumienia powstawania nowotworów mieszanych u ludzi. Następnie mówi o odporności wobec nowotworów, o uodparnianiu czynnem i biernem przeciw nowotworom, w końcu o odporności atreptycznej Ehrlicha. Omawiając sposoby auto- i heterofermentacyjnego leczenia nowotworów złośliwych, które jest wynikiem badań nad biologią i chemizmem komórki nowotworowej, podnosi, że usiłowania racyonalnego leczenia nowotworów złośliwych dzięki właśnie tym badaniom przybrały dziś właściwy kierunek. *Nowicki.*

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie dnia 30. marca 1909 r.

1) Stanisław Gębarski przedstawił chorego ze **zwężeniem przełyku po oparzeniu ługiem,** leczonego rozszerzaniem przełyku zgłębnikami kauczukowymi, oraz wstrzykiwaniami **fibrolizyny.** Chory wypił 50 grm stężonego ługu w październiku roku zeszłego, poczem ciężkie objawy zatrucia, wymioty krwawe. Zgłosił się do szpitala po upływie 3 tygodni od wypadku; wówczas z trudnością połykał płyny. Na gastrostomię nie zgodził się. Zgłębnik kauczukowy cienki (Nr 19) przechodził dość łatwo do żołądka, grubszy (Nr 22) zatrzymywał się na wysokości 36 ctm od zębów, najcieńsza oliwka — na wysokości 31 ctm. Pomimo stałych usiłowań rozszerzenia przełyku zgłębnikami stan chorego nie poprawiał się. W grudniu, po upływie trzech miesięcy od wypadku, nie zaprzestając regularnych sondowań przełyku, przystąpiono (w oddziale K. Chełchowskiego) do wstrzykiwań podskórnych fibrolizyny. Po 4 wstrzyknięciach (7. I.) zgłębnik Nr 22 przechodził na głębokość 40 ctm, chory łatwiej przełykał pokarmy płynne, jadł bułkę rozmoczoną. Po 17 wstrzyknięciach zgłębnik Nr 24 przechodził do żołądka, chory jada kaszkę i nawet mięso siekane. Po 20 nawet zgłębnik Nr 29 przechodzi do żołądka. Od trzech tygodni, po zaprzestaniu wstrzykiwań fibrolizyny, poprawa nie postępuje. Zauważono, że połykanie w rannych godzinach było zawsze najbardziej utrudnione, popołudniu — łatwiejsze. Parokrotnie występowało nagłe pogorszenie sprawy, — zupełne zamknięcie przełyku. Zakładanie zgłębnika

nie osiągało wówczas celu; dopiero silniejszym prądem wody, puszczonym przez zgłębnik miękki, udawało się przemódz i wypłukać przeszkodę (napęczniałe ziarnko pomarańczy, groch).

2) Tenże przedstawił chorego z oddziału K. Chełchowskiego z rozpoznaniem **wczesnej żółtaczki kiłowej** (*icterus syphiliticus praecox*). Żółtaczka ta zdarza się w okresie drugorzędnym kiły, najczęściej równocześnie z wysypką, niekiedy — jako zwiastun jej lub równoważnik. Ustępuje szybko pod wpływem leczenia swoistego. W rzadkich przypadkach spostrzegano puchlinę brzuszną, oraz obrzęk kończyn dolnych. Co do patogenezy, przypuszczano zmiany swoiste błony śluzowej dwunastnicy, oraz przewodów żółciowych, ucisk obrzmiałych gruczołów na żyłę wrotną i przewód żółciowy wspólny, zmiany swoiste w naczyniach krwionośnych i chłonnych.

Chory przybył na oddział w lutym r. b. z powodu żółtaczki, oraz objawów niestrawności. Początek choroby przed pięciu tygodniami — od mdłości; żółtaczka zjawiła się po upływie dwóch tygodni. Bywają wymioty. Wrzód kiłowy twardy w kwietniu r. z. Leczenie swoiste (wcieraniami) przebył chory dwukrotnie: w kwietniu i maju, oraz we wrześniu. Przy badaniu — żółtaczka skóry i błon śluzowych wybitna, obrzmienie śledziony. Mocz żółtaczkowy, o ciężarze właściwym 1010; silna cylindrurya. Stolec twardy, niemal zupełnie odbarwiony. Pierwotnie rozpoznawano pospolitą żółtaczkę nieżytową. Jednakże stan chorego coraz bardziej się pogarszał. Po upływie dwóch tygodni stwierdzono puchlinę brzuszną i obrzęk kończyn dolnych. W początku marca wypuszczono z jamy brzusznej 2 litry płynu przesiękowego o c. wł. 1005. Następnych dni żółtaczka bardziej wydatna, puchlina brzuszna ponownie zwiększyła się. Wobec postępującego szybko upadku odżywienia chorego, oraz wzrastającej wodnistości krwi, liczono się z przypuszczeniem nowotworu złośliwego, uciskającego na żyłę wrotną i drogi żółciowe. Jednakże po zastosowaniu wcierań szaruchy — szybka poprawa: po 8 — puchlina brzuszna zginęła całkowicie; po 24 — tylko ślad żółtaczkowego zabarwienia białkówek, znaczny przybytek na wadze. Jako etyologię, przypuszczaćby można obrzmiałe gruczoły kiłowe, uciskające nietylko na żyłę wrotną i przewody żółciowe, lecz również na żyłę główną dolną.

3) Jan Załuska przedstawił przypadek **gnilca sporadycznego** na wyzdrowieniu, wskazując pozostałości niedawnych ciężkich zaburzeń (wylewów krwawych podskórnych na całem ciele, deskowatego nacieczenia mięśni zginaczy goleni prawej, zgrubienia okostnej uda prawego (*in portione epicondyloidea*). Zwraca uwagę brak wylewów krwawych na błonie śluzowej jamy ustnej, co tłómaczy się zupełnym brakiem zębów u chorego i zanikiem dziąseł. Jako czynnik etyologiczny podkreśla Z. żywienie się chorego przez ciąg paru miesięcy wyłącznie zimnemi wędlinami (t. zw. »Blutwurst«, golonka) i herbatą z chlebem. W ciągu ubiegłych lat kilku w oddziale L. Chełchowskiego spostrzegano 4 przypadki gnilca, w których w wywiadach stwierdzono tensam czynnik etyologiczny. Poprawa, jak i w przypadku przedstawionym, następowała samorodnie, w krótkim czasie po przejściu na dyetę mieszaną.

4) Ryszard Hertz przedstawił **preparaty krwi chorego z żółtaczką i niedokrwistością, barwione metodą Chauffarda.** Ziarnistość bazofilną stwierdzono w 8,8% czerwonych krążków krwi. W preparatach krwi utrwalonych ziarnistych krwinek nie znaleziono.

5) Maryan Eiger wygłosił rzecz: **Topografia zwojów nerwowych wewnątrzsercowych u świnki morskiej, myszy białej i człowieka.** Streszczając wyniki pracy, dochodzi autor do wniosków następujących: Wzór topograficzny zwojów, dostrzeżony przez Krehla i Romberga u królika, zastosować się daje w zupełności do myszy białej, świnki morskiej i człowieka. *a)* Pole zwojowe wszędzie jest tosamo; przyczem lewą granicę pola stanowi lewa żyła płucna, prawą — prawy brzeg żył głównych, górną (resp. przednią) — osierdzie, wyścielające zatokę poprzeczną, dolną zaś (resp. tylną) — brózda wieńcowa poprzeczna. *b)* Zarówno u myszy, jak u świnki morskiej i człowieka, największe nagromadzenie zwojów spotykamy na tylnej ścianie lewego przedsionka; poza tem zwoje istnieją w przegrodzie, w bróździe poprzecznej i dookoła wpustu żył głównych. Różnica indywidualna polega głównie na tem, że u myszy znajdujemy jeden wielki zwój na tylnej ścianie lewego przedsionka, u człowieka zaś — oddzielne rozsiane zwoje; świnka morska przedstawia pod tym względem typ pośredni. *c)* Prócz zwojów wymienionych, zarówno u myszy, jak u świnki morskiej i człowieka, istnieją zwoje wewnątrzsercowe, odpowiadające zwojowi Wrisberga pod łukiem aorty, i zwoje splotu opuszkowego między aortą, a tętnicą płucną. *d)* W komórkach zwojów specyalnych niema. *e)* Wszystkie zwoje, nie wyłączając zwojów, usadowionych w przegrodzie międzyprzedsionkowej, leżą w tkance łącznej podosierdziowej. *f)* W warstwie mięśni niema zwojów, ani komórek zwojowych. *Antoni Majewski.*

Towarzystwo Lekarzy gub. Kieleckiej.

Posiedzenie z dnia 20 czerwca 1908.

Obecnych 9 osób.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i podpisano.

2) Postanowiono dyskusyę co do unormowania taksy lekarskiej odłożyć do porozumienia się z innemi towarzystwami lekarskiemi.

3) Kol. Prezes zawiadamia, że Towarzystwo wzajemnej pomocy rzemieślników, przemysłowców i kupców w Kielcach udaje się z prośbą do naszego Towarzystwa o udzielanie porad lekarskich po zniżonej taksie. Towarzystwo lekarskie przyszło do wniosku, że nie widzi słusznych powodów do zadośćuczynienia propozycyi Towarzystwa wzajemnej pomocy.

Posiedzenie z dnia 19 września 1908.

Obecnych 8 członków.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i podpisano.

2) Kol. Kopczyński jednogłośnie został przyjęty w poczet członków Towarzystwa.

3) Kol. Prezes omawiał środki zapobiegające rozwinięciu się epidemii na wypadek wybuchu cholery, między innemi wskazał na najodpowiedniejsze miejsce dla baraku cholerycznego, a mianowicie na Staro-Chęcińskiej ulicy w domu Haslingera, gdzie już raz był urządzony szpital choleryczny, dalej wskazał na niewłaściwe odkażanie rynsztoków kredą lub wapnem w grudkach, dodając, że powinno się odkażać mlekiem wapiennem (1:3 wody); również wspomniał o odkażaniu mieszkań w razie wypadku cholery i o szczepionce przeciwcholerycznej.

Sekretarz: *Dr A. Ryttel.*

Polskie Towarzystwo lekarskie w Kijowie.

Posiedzenie d. 25 marca 1909.

Przewodniczy K. Rumszewicz. Obecnych członków 20.

1. K. Rumszewicz. **Tarcza zastoinowa przy uszkodzeniach gałki ocznej.** (Rzecz ma być ogłoszona drukiem).

W dyskusyi zapytuje Cichocki, czy wobec podkreślonego przez prelegenta znaczenia toksyn, jako czynnika etyologicznego w powstawaniu tarczy zastoinowej, nie należałoby uznać omawianej sprawy w tarczy poprostu za zapalną. Rumszewicz odpowiada, że dotychczas te dwie sprawy w tarczy — zapalna i zastoinowa — nie dają się ściśle odróżnić drogą badania patologiczno-anatomicznego. Makowski zaznacza, że obraz przedstawionych przez prelegenta preparatów drobnowidowych, gdzie widzimy naciek drobnokomórkowy i wysięk, przemawia raczej za sprawą zapalną i o tarczy zastoinowej można było w danym razie mówić chyba tylko z punktu widzenia klinicznego. Weller zapytuje, czem się różni obraz wziernikowy tarczy zastoinowej, powstałej na tle zmian urazowych gałki ocznej, od tarczy zastoinowej, wywołanej sprawami w mózgowiu. Januszkiewicz zapytuje o zachodzące w obu tych przypadkach różnice przy badaniu drobnowidowem. Rumszewicz wyjaśnia, że i obraz wziernikowy i drobnowidowy w obu przypadkach szczególnej różnicy nie przedstawia. Łążyński w sprawie poruszonej przez Cichockiego i Makowskiego zaznacza, że naogół nie zawsze możemy powiedzieć, czy chodzi o sprawę zastoinową, czy zapalną, jak np. przy słoniowacinie. Sochacki, mówiąc o rozroście tkanki łącznej przy zastoinie, przytacza jako przykład stwardnienie zastoinowe nerek i wątroby: tam pomimo rozrostu tkanki łącznej niema mowy o zapaleniu (Konstantynowicz). Hoene zaznacza, że obecnie w literaturze okulistycznej mechaniczne teorye powstawania tarczy zastoinowej coraz mniej znajdują uznania, natomiast zapalne pochodzenie tej postaci chorobowej zyskuje coraz więcej zwolenników. Według prac Deutschmana, który pierwszy wystąpił z teoryą zapalną tarczy zastoinowej, oraz innych badaczy, zmiany anatomiczne w takich przypadkach przedstawiają sprawy zapalne różnego natężenia i stanowią następstwo podrażnienia już to toksynami, już też innymi drażniącymi składnikami cieczy limfatycznej, znajdującymi się w obiegu w gałce ocznej. Ścisłego też obrzęku i zapalenia tar-

czy zarówno klinicznie, jako też i anatomicznie odgraniczyć w tej sprawie nie można, gdyż sprawy te, jak to także widzimy na preparatach, okazanych nam przez kol. Rumszewicza, wzajemnie się uzupełniają i w rozmaitych odcinkach obok siebie występują. Ostateczny wynik kliniczny zależeć też będzie od siedziby i natężenia sprawy chorobowej, jako też od wywołującej ją przyczyny. Badania kol. Rumszewicza stanowią bardzo cenny przyczynek do teoryi powstania tarczy zastoinowej, stwierdzający zupełną niezależność jej od przyczyn wyłącznie mechanicznej natury. Co się zaś tyczy wyników badania klinicznego, to Hoene zwraca uwagę na często napotykany niestosunek wziernikowego obrazu tarczy n. wzrokowego z zaburzeniami czynnościowemi oka. Często spostrzegamy wziernikowo zupełny zanik n. wzrokowego przy stosunkowo bardzo dobrej sile wzroku, prawie prawidłowej. Również przy jednakowo wyglądającej tarczy w obydwu oczach siła wzroku może przedstawiać znaczne różnice. W przypadkach tego rodzaju należy zwrócić baczną uwagę na zachowywanie się obwodowego pola widzenia, przyczem prawie zawsze można wykazać częściowe lub też dośrodkowe braki w polu widzenia. Braki te mogą się ograniczać do oddzielnych tylko barw, dlatego też w odpowiednich przypadkach badanie pola widzenia powinno być dokonywane za pomocą nietylko białych, lecz także i barwnych przedmiotów. Następnie przytoczył Hoene kilka przypadków, spostrzeganych w ciągu kilku lat, w których siła wzrokowa pomimo zanikowego, zupełnie ścięgnistego wejrzenia tarczy n. wzrokowego utrzymywała się zupełnie zadowalniająco, nie przedstawiając prawie żadnych wahań przy peryodycznie ponawianych porównawczych badaniach. W innych przypadkach, przeciwnie, pomimo względnie znośnego wziernikowego obrazu tarczy, siła wzroku była bardzo nieznaczna i stosunkowo szybko zanikała. O tak różnych wynikach prawdopodobnie rozstrzyga siedziba ważniejszych zmian w różnych częściach n. wzrokowego. Co do leczenia, to pomimo częstej zależności spraw zanikowych n. wzrokowego od przymiotu, należy być jednak bardzo ostrożnym co do stosowania leczenia swoistego, gdyż nierzadkie są przypadki, że po użyciu rtęci stosunkowo dłuższy czas dobrze utrzymująca się siła wzroku nagle szybko się obniża aż do zupełnej utraty wzroku. Szczególniej należy zachowywać ostrożność w stosowaniu rtęci w przypadkach zaniku n. wzrokowego, występujących jednocześnie z objawami wiądu rdzenia.

2. J. Makowski. **Z kazuistyki plastyki nerwów.** Chora K. B., 18 lat, skarży się na ból pod prawem kolanem, który jej dokucza od roku przy chodzeniu i przy uciskaniu tej okolicy. Przy badaniu znaleziono: chora chodzi swobodnie, nie chromając; prawy dół podkolanowy zamiast zwykłego wklęśnięcia przedstawia niewielkie wypuklenie. W głębi dołu stwierdza się obecność dość twardego, gładkiego, nie tętniącego guza, bolesnego przy uciskaniu, wielkości kurzego jaja. Przypuszczając, że jest to najpewniej włókniak, postanowiono usunąć go drogą operacyi. Cięciem podłużnem przez skórę i tkankę podskórną odsłonięto guz, kształtem i wielkością przypominający kurze jajo, usadowiony na n. piszczelowym. Na powierzchni jego dawały się dostrzegać gałązki nerwowe, co sprawiało wrażenie, że guz rozszczepił nerw na odrębne włókna. Próba oddzielenia tych włókien była bezowocną i guz usunięto razem z niemi. W tym celu przecięto nerw piszczelowy na 2 cm. od guza z jednej i drugiej strony i nowotwór oddzielono od leżącej pod nim żyły podkolanowej. W ten sposób powstał ubytek nerwu na przestrzeni 12 cm. i dla wyrównania tego braku końce nerwu piszczelowego rozszczepiono przez pół na przestrzeni 6 cm. i odciętymi z jednej i drugiej strony kawałeczkami zesztukowano nerw, poczem ranę zaszyto. Czucie na podeszwie i pięcie, zniesione natychmiast po operacyi, po 3 dniach powróciło. Zginanie w stawie skokowym zachowało się o tyle tylko, o ile się do tego przyczynia mięsień strzałkowy długi. Mięsień brzuchaty łydki i mięsień płaszczkowaty zostały porażone. O ile te zmiany powstały po operacyi, nie dało się ściśle określić, gdyż przed operacyą bliższe badanie nerwów i mięśni goleni i stopy nie było dokonane. Chora chodzi na pozór dobrze. Badanie prądem elektrycznym, dokonane w dwa tygodnie po operacyi, dało częściowy odczyn zwyrodnienia mięśnia brzuchatego i płaszczkowatego łydki, we trzy tygodnie jednak, nerw piszczelowy już oddziaływał na prąd galwaniczny i faradyczny, jak również i porażone mięśnie. Ta wyraźna zmiana na lepsze dowodzi, że sprawa odrodzenia nerwu operowanego jest na dobrej drodze i że z czasem nastąpi powrót do stanu prawidłowego. Prędkie odrodzenie nerwu w tym przypadku przemawia za teoryą odradzania tak zwanych odśrodkowców (Bowlby, Stewart, Ballance i inni), mianowicie można przypuszczać, że wskutek obecności nowotworu już zawczasu dokonał się w obwodowej części nerwu, podobnie jak po przecięciu, pewien szereg zmian i nerw w chwili połączenia ze swą ośrodkową częścią był już w tym przygotowawczym okresie, z którego możliwy jest prędki powrót do stanu prawidłowego. Badanie drobnowidowe nowotworu wykazało, że to był włókniakomięsak.

W dyskusyi zapytuje Żebrowski, czy niema w wywiadach wskazówek co do przyczyny powstania nowotworu i prosi o wyjaśnienie, czy dla wznowienia czynności przeciętego nerwu dostateczne jest ścisłe mechaniczne połączenie jego końców, czy niezbędne jest odzyskanie anatomicznej całości. Makowski odpowiada, że chora nie znała przyczyny swego cierpienia. Co zaś do warunków, przy których przecięty nerw odzyskuje swą czynność, to jako konieczny warunek należy uważać anatomiczną całość nerwu — zrośnięcie jego końców. Weller zaznacza, że o ile zrozumiałą tu jest stopniowa poprawa elektrycznej pobudliwości mięśni i nerwów, o tyle trudno sobie wytłómaczyć tak bardzo szybki powrót czucia, przytem zapytuje, czem prelegent objaśnia zachowanie czucia na tylnej części goleni przy utracie jego na podeszwie i pięcie, gdy wiadomo, że nerw piszczelowy zaopatruje swemi włóknami i tylną część goleni. Makowski odpowiada, że tak prędki powrót czucia w danym przypadku należy wytłómaczyć właśnie z punktu widzenia przytoczonej przez niego teoryi odśrodkowców. Kozłowski przytacza dwa swoje przypadki, w których dokonał plastyki nerwów z pomyślnym wynikiem. Sekretarz: *A. Januszkiewicz.*

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Zebranie z dnia 7 V 1909.

1) Dr Karwowski przedstawia przypadek **kerion Celsi** u chłopca, które rozwinęło się nadzwyczaj szybko. Zwraca uwagę w tym przypadku, że wokoło chorego miejsca, przedziurawionego jak sito i podminowanego ropą, jest **obręcz skóry zupełnie prawidłowej,** gładkiej, pozbawionej jednak włosów. Mowca tłómaczy to możliwością wpływu jadów grzybowych na otoczenie właściwego ogniska. Pod mikroskopem znalazł grzybki, odpowiadające postaci *trichophyton gypseum* o wielkich odrodkach. K. omawia przy tej sposobności różne postacie grzybic włosowych, a na zapytanie Dr Gantkowskiego, także leczenie. Promienie Roentgena odgrywają tutaj wielką rolę nietylko przez to, że usuwają włosy, ale także przez to, że wywołują zwyrodnienie nieprawidłowych komórek i odczynowy stan zapalny, gojący sprawy włosowe.

2) Radca Dr Chłapowski przedstawia darowane do zbiorów kurczę trzynożne i omawia ten **okaz pygomelii.**

3) Tenże: miał wykład: **O opsoninach.** Prelegent rozpoczął od opisywania szpitali londyńskich i dołączonych do dwunastu z nich szkół czyli istotnych wydziałów lekarskich, a zarazem podał interesujące szczegóły o ich rywalizacyi wzajemnej ze sobą. Szczegółowo opisał pracownię A. E. Wrighta przy szpitalu P. Maryi, gdzie dotąd nie było dlań kliniki, a tylko ambulatoryum, a wreszcie podał kilka szczegółów biograficznych i bibliograficznych o samym Wrighcie, nim przeszedł do właściwego tematu o sposobie jego leczenia chorób szczepieniami, czyli o leczeniu opsonicznem. Lecznicze szczepienie w przeciwstawieniu do szczepień zapobiegawczych (profilaktycznych) polega na fakcie, że można prątkożerność leukocytów wzmagać w krótkim czasie przez wstrzyknięcie hodowli odnośnych mikrobów (zabitych przez ogrzanie) podczas choroby, wywołanej tymi samymi drobnoustrojami. Wyniki, osiągnięte środkami usposabiającymi fagocyty (opsoninami) są już takie, że można w ten sposób wywołanej swoistej fagocytozie przypisać przeważające miejsce między sposobami, za pomocą których ustrój chorego sam zwalcza napastnicze mikroby chorobotwórcze. Dla lepszego zrozumienia istoty i skutków tego leczenia szczepionkami swoistemi, podał prelegent kilka ogólnych szczegółów o samej metodzie: nieraz trzeba dopiero wprzód rozpoznać mikroba chorobotwórczego, a otrzymawszy go z chorego, wyhodować go na odnośnem podłożu, a zabiwszy hodowlę taką wystawieniem na 60°C, wstrzyknąć ją choremu. Dalej jest osobna metoda konstatowania działania wstrzyknięcia na fagocytozę: metoda obliczenia wskaźnika opsonicznego. Kliniczne obserwacye wykazują, że prątkożerność fagocytów wzrasta wskutek wstrzykiwań dobrze dostosowanych, a z tem i odporność ustroju na zarazek, a więc i polepszenie ustroju. Dawszy kilka objaśnień co do metody obliczenia wskaźników opsonicznych i co do odczynu natychmiastowego i późniejszego na wstrzyknięcie, tym wskaźnikiem dającego się wykazać, podaje prelegent, że w prak-

tyce nie wystarczają często stwierdzenia ogólnego stanu chorego, ale wypada kontrolować je oznaczeniem wskaźnika. Następnie podał prelegent kilka przypadków uporczywej gruźlicy kości i gruczołów, tam wyleczonych, które opierały się długoletniemu leczeniu wewnętrznemu i chirurgicznemu, przypadek tocznia 8 razy napróżno operowanego przedtem, a wyleczonego zupełnie w kilka miesięcy. Gruźlicy płuc dotąd w poliklinice swej Wright oczywiście nie leczy. Robią to inni za jego wskazówkami w lecznicach.

W dyskusyi wyraża Dr Łazarewicz zadowolenie, że mówca mógł nam po osobistem zbadaniu u źródła dać tak wyczerpujący obraz nowej metody, którą z góry uważał za uzasadnioną. Dr Gantkowski zapytuje, czy Wright używa także innych sposobów, np. zabaw ruchowych itp. celem powiększenia fagocytozy. Dr Karwowski zaznacza, że metoda Wrighta i pod względem rozpoznawczym może oddać znaczne usługi. Np. jeśli chodzi o gościec wątpliwego pochodzenia, to podniesienie się wskaźnika po wstrzyknięciu gonokoków świadczy o wiewiórowym jego charakterze, przyczem wskaźnik po wstrzyknięciu prątków gruźliczych pozostaje obojętnym i naodwrót. Wskaźnik opsoninowy ułatwia także kontrolę, czy chory np. może już wstawać po przebyciu choroby zakaźnej. Jeżeli bowiem po wstaniu wskaźnik bardzo się obniża, to jest znakiem, że chory powinien jeszcze leżeć. Dalej przedstawia mówca graficznie stwierdzenie wskaźnika i zwraca uwagę, że jest on także ważnym przy stosowaniu innych metod leczniczych. Tak np. przy toczniu najlepsze wyniki otrzymuje się po leczeniu sposobem Finsena lub Roentgena, jeźli się opromienia w fazie dodatniej wskaźnika opsoninowego. Co zaś do wstrzykiwania tylko minimalnej ilości zarazków, to już przed laty Unna zwrócił uwagę na to, że tylko nadmiernie wielkie dawki starej tuberkuliny Kocha zdyskredytowały jego metodę. Radca Dr Chłapowski dodaje jeszcze, że ciepłota 60° nie niszczy całkiem opsonin, zachowują się one, tak jak fermenty. Przytacza też głosy przeciwników teoryi Wrighta. Co do kwasu cynamonowego, o który zapytał Radca Panieński, to działa on tylko na fagocytozę ogólnie pobudzająco, ale Wright sam wogóle leczy tylko szczepieniem. W końcu Dr Łazarewicz i Dr Święcicki wnoszą, żeby sprawę opsonin opracować najprzód pod względem ich chemicznej natury, a następnie w pojedynczych specyalnościach, na co się zebranie godzi.

Zebrania Wydziału z dnia 19/V 1909 i 4 VI 1909.

Zebrań tych przedmiotem było zajęcie stanowiska wobec **nowego prawa o ubezpieczeniach** dla chorych, które w znacznej mierze zagraża stanowi lekarskiemu. Postanowiono przyłączyć się do lipskiego Związku lekarzy, który już stanął w silnej opozycyi do planowanej reformy.

Zebrani uczcili pamięć dwóch zmarłych kolegów: ś. p. Dr Stana z Poznania i Dr Chełmickiego z Żydowa, najstarszego członka naszego Wydziału, który, choć poświęcił się od wielu lat tylko pracy rolnej i parlamentarnej, zawsze zachowywał łączność z Wydziałem. Następnie Dr Gantkowski zachęca gorąco do wzięcia udziału w Zjeździe internistów w Krakowie. Sam będzie mówił »O stacyi miejskiej do zwalczania gruźlicy w Poznaniu«. Dr Łazarewicz zachęca również do wzięcia udziału w Zjeździe w Budapeszcie, gdzie uznano odrębność polskiego komitetu. Przedkłada dalej wycinek z gazety, zawierający publiczne podziękowanie pewnej parze lekarskiej za znakomite wyleczenie i t. d. Zebranie jednomyślnie przeciw głosowi odnośnego lekarza — staje na stanowisku, że tego rodzaju podziękowania, o ile zamieszczone są z wiedzą danego lekarza, jako nieetyczne, stanowczo należy potępić.

Na koniec Dr Karwowski porusza sprawę niesprawiedliwego opodatkowania lekarzy, a dalej prosi kolegów o popieranie »Towarzystwa społeczno-higienicznego« napisaniem seryi artykułów popularnych z dziedziny medycyny i higieny.

Dr Adam Karwowski.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Krajowy Związek lekarzy ogłasza, co następuje: Towarzystwo wzajemnej pomocy uczniów Uniwersytetu Jagiellońskiego rozesłało do lekarzy w Krakowie odezwę z wezwaniem do zaofiarowania temu Towarzystwu bezpłatnych usług lekarskich. Wydział Związku krajowego lekarzy uprasza Kolegów krakowskich, ażeby nie zobowiązywali się do niczego przed porozumieniem się z Wydziałem Związku.

Prezes: *Wicherkiewicz* m. p. Sekretarz: *Weinsberg* m. p.

Powody braku lekarzy, objawiającego się w służbie krajowej, polecił Sejm na ostatniej sesyi zbadać Wydziałowi krajowemu. (Chodziło głównie o brak kandydatów na posady okręgowe, czem w dyskusyi sanitarnej w Sejmie tłómaczono nawet powolny postęp organizacyi okręgów sanitarnych). Wydział krajowy zwrócił się obecnie w tej sprawie do obu Izb lekarskich.

Izba wschodnio-galicyjska (na zasadzie referatu Dra Papéego) wyraziła zdanie, że wogóle w kraju niema właściwie braku lekarzy, a pewne zwolnienie przyrostu ich liczby w latach ostatnich wkrótce się wyrówna wobec wzmagającej się silnie frekwencyi na obu Wydziałach lekarskich. Przyczynę braku kandydatów do służby krajowej upatruje Izba lwowska z jednej strony w nadmiernem skupieniu lekarzy w wielkich miastach (Lwów i Kraków: 1 lekarz na 400 mieszkańców), z drugiej — w niekorzystnych warunkach materyalnych i społecznych dla lekarzy na prowincyi. Aby więc lekarzy skierować z wielkich miast do służby krajowej na prowincyę, należy polepszyć warunki bytu lekarzy okręgowych, pomnożyć liczbę posad krajowych, t. j. okręgów sanitarnych i szpitali. Należy dalej na siedzibę okręgów sanitarnych wybierać na zasadzie opinii Izb lekarskich miejscowości, zapewniające lekarzowi dochody z innych źródeł (posad w kasach chorych, posad kolejowych i t. p.) i znieść nieprzekraczalną granicę wieku lat 40, wymaganą od kandydatów na posady okręgowe. Dla uzyskania zaś lekarzy do krajowych zakładów dla obłąkanych, należy podnieść pobory lekarzy w tych zakładach.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska obradowała nad tą sprawą (na zasadzie referatu Prof. Ciechanowskiego) w d. 14. VI. b. r. z wynikiem następującym: Brak kandydatów do służby krajowej zależy w pewnej części od zwolnienia przyrostu lekarzy w kraju w latach ostatnich. Przyrost ten jeszcze i obecnie pozostaje w tyle poza przyrostem ludności; średni bowiem roczny przyrost ludności, obliczony wedle poprzedniego dziesięciolecia, wynosi 10—12‰, przyrost zaś roczny lekarzy w kraju wynosił w latach 1900—1905 tylko 3·7‰, a w 2 następnych 8‰. Wprawdzie różnica ta niewątpliwie z czasem się wyrówna, ale jeszcze nie w najbliższych latach, bo wzmożona obecnie frekwencya Wydziałów lekarskich zależy w znacznej części od napływu młodzieży z zaboru rosyjskiego, która po ukończeniu studyów tam powraca. Ważniejszą jednak przyczyną braku lekarzy w służbie krajowej są niewątpliwie niekorzystne warunki nietylko materyalne, ale i moralne. Płace zarówno lekarzy szpitalnych, jak i okręgowych, są za nizkie, zwłaszcza w stosunku do pracy tych lekarzy. W Czechach n. p. są płace niemal takie, jak u nas, ale tam okręgi sanitarne obejmują najwyżej 101 km² obszaru i 10.000 ludności, a każdy lekarz okręgowy ma zapewnione prócz tego inne stałe posady (kolejowe, kas chorych) i dochody z praktyki prywatnej; u nas zaś są okręgi o przeszło 700 km² obszaru i dwudziestu kilku tysiącach mieszkańców z płacą roczną 1000 K. rocznie. Pomimo rosnącej drożyzny, płac lekarzy okręgowych u nas od początku organizacyi sanitarnej nie podniesiono; to samo odnosi się do ryczałtów na objazdy. Co do płac lekarzy szpitalnych, to lekarz, pobierający 1400 K. rocznie, jest stosunkowo znacznie gorzej płatny, niż kierownik szkoły wiejskiej; a przecież nauczyciele ludowi uchodzą za najniżej płatnych urzędników w kraju; szereg okręgów sanitarnych wakuje też u nas stale, lub często zmienia lekarzy, bo płaca nie wystarcza na życie wskutek nietrafnego obrania siedziby okręgu w takiej miejscowości, gdzie lekarz nie może mieć żadnych innych dochodów. To też siedzibę okręgów nowych powinno się oznaczać na zasadzie opinii Izb i krajowej Rady Zdrowia; nietrafnie obrane siedziby należy przenieść, lub płace w takich okręgach bardzo wydatnie, a w innych wszystkich w każdym razie odpowiednio podnieść. Oprócz warunków materyalnych zraża też lekarzy do służby krajowej, w szczególności okręgowej, wadliwość instrukcyi służbowej (brak wszelkiej egzekutywy, brak nawet potrzebnych informacyi i doniesień od gmin i starostw, choć lekarze okręgowi powinniby być »gospodarzami sanitarnymi« w swoim okręgu, brak ścisłego określenia stosunku do lekarzy powiatowych, długi szereg instancyi dla wszelkich wniosków lekarzy okręgowych i t. p.), brak pragmatyki służbowej, niewłaściwa procedura dyscyplinarna (w innych krajach sprawy dyscyplinarne są prowadzone komisyonalnie, a n. p. w Austryi dolnej zasiadać ma w tych komisyach m. i. zastępca marszałka krajowego i przedstawiciel Izby lek.) i t. p. *R.*

Uregulowanie płac lekarzy kolejowych austr. kolei państwowych, które wymagało rocznych wydatków 250.000 koron, zostało obecnie, jak donoszą dzienniki, przeprowadzone z ważnością od 1 kwietnia b. r. W przyszłości zamiast 820 będzie 859 lekarzy kolejowych. — Wprowadzono także tę zmianę, że wszyscy lekarze kolejowi, których płaca wynosi K 600, mogą przystąpić do instytucyi ubezpieczenia na starość. *R.*

Powstający w Niemczech państwowy Związek lekarzy rozesłał do lekarzy swój program. »Głównym celem Towarzystwa jest uregulowanie systemu lekarskiego w kasach chorych przez wzajemne zgodne umowy. W razie sporów z kasami rozstrzygać ma związek. Wszelkie strejki zatem odpadają«. Nowy ten związek, o którym już donieśliśmy w Nrze 23, nie będzie chyba mógł liczyć na wielu członków, albowiem zaprzecza on poprostu słuszności dotychczasowym usiłowaniom lekarzy należących do Związku lipskiego, a powtóre skazuje lekarzy na łaskę i niełaskę kas chorych, gdyż »obopólne porozumienie« wypadnie zapewne najczęściej na korzyść kasy, a na szkodę lekarzy. *X.*

Liczba lekarzy w Anglii powiększa się stale mimo bardzo ciężkich warunków bytu lekarzy. Stosunki z kasami chorych są może jeszcze gorsze niż u nas, bo do kas chorych należą tam nieraz ludzie nawet bardzo zamożni, n. p. fabrykanci. Dopiero w ostatnich czasach zaczyna się między lekarzami reakcya na tem polu, ale jeszcze bez ustalonego programu. *X.*

Walka z gruźlicą w Niemczech. Walne zebranie niemieckiego Towarzystwa walki z gruźlicą odbyło się w Berlinie d. 22 maja. Ze sprawozdania wynika, że liczba stacyi wywiadowczych i schronisk wynosi obecnie w Niemczech 244, do tego dodać należy 537 miejscowych komitetów pań. Dzielnie pomagają Towarzystwu lekarze szkolni. Obecnie istnieje w Niemczech 99 ludowych uzdrowisk liczących 11.000 łóżek, dalej 34 prywatne zakłady (2000 łóżek), 18 szpitalików dla dzieci gruźliczych, 79 zakładów dla dzieci zołzowatych, 92 stacyi leśnych, 15 schronisk dla ozdrowieńców i 25 zakładów pielęgnacyjnych. Aby działalność przeciwgruźlicza była jeszcze lepszą, konieczną jest rzeczą, by wprowadzono obowiązkowe odkażanie mieszkań. W Ameryce na domu, w którym mieszkał suchotnik, w razie jeżeli gospodarz mieszkania nie odkaził, przybija się czerwoną kartę: »Tu mieszkał suchotnik«, co skłania gospodarzy do skrupulatnego odkażania. Prócz odkażania ostatecznego ważnem jest odkażanie ciągłe, o czem lekarze, siostry miłosierdzia i odpowiednie komitety lub stacye powinny pouczać społeczeństwo *X.*

Celem zmniejszenia liczby zbrodniczych spędzeń płodu podaje Lallich następujące poprawki do ustawodawstwa karnego: 1) Kobieta, którą namówiono do spędzenia własnego płodu, zostaje uwolniona, jeżeli poda sama nazwiska osób, które ją namówiły, lub spędzenie wykonały. 2) Kobieta, która poza małżeństwem zaszła w ciążę, powinna o tem donieść władzy, której obowiązkiem będzie opiekować się w drodze prawno-cywilnej dzieckiem. 3) Państwo powinno zakładać wiejskie i miejskie schroniska dla nieślubnych dzieci, ciężarnych i rodzących i zaprowadzić ubezpieczenia dla położnic. *X.*

Ustawa o ochronie dzieci weszła w życie w Anglii z dniem 1. stycznia b. r. Każde dziecko, oddane na wychowanie, musi być przez osobę pielęgnującą zameldowane do władzy w przeciągu 48 godzin. Osobni inspektorzy odwiedzają następnie dzieci i nadzorują opiekę. Nie wolno asekurować na życie takich wychowanków. Osoby wychowujące dzieci źle, lub katujące je, są bardzo surowo karane. *X.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 13. VI. do 19. VI. 1909 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Bohorodczany (Mołotków 1, Kryczka 1), Buczacz (Rzepińce 1), Czortków (Bazar 1, Kalinowszczyzna 1), Horodenka (Hawrylak 2, Targowica 1, Czortowiec 6, Głuszków 1), Jaworów (Szkło 4), Kałusz (Przysłup 8), Kołomyja (Słobódka polna 5, Siemakowce 2, Soroki 3), Kosów (Chomczyn 1), Lisko (Wola mihowa 1, Smolnik ad Baligród 6), Lwów pow. (Zarudce 1), Podhajce (Sokolniki 1), Rzeszów (Rzeszów 1, Niechobrz 1), Skałat (Ostapie 2, Sorocko 1, Okno 2), Śniatyn (Trościaniec 2, Hańkowce 2), Tarnopol (Grabowiec 6), Zaleszczyki (Capowce 3), Złoczów (Czyżów 3). *Dr T.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 13. VI. do 19. VI. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 2 † — (w tem obcych 1 † —), krztuśca 1, płonicy 18 † 2 (10 † 1), odry 3, duru brzusznego 4 † 1 (3 † 1). *Dr Janiszewski.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 13. V. do 19. VI. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † — (w tem obcych — † —), krztuśca 2, płonicy 24 † 4 (5 † 1), odry 10, duru brzusznego 3 † — (1 † —). *Dr Legeżyński.*

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 30. V. do 5. VI. 1909 r. przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 5 † 1, płonicy 9, duru osutkowego 33 † 6, duru brzusznego 5 † 3, duru powrotnego 2 † 1, błonicy 2, róży 6. (*Gaz. lek.* 25).

I. Zjazd internistów polskich w Krakowie.

(19 lipca 1909).

PP. Kolegów, którzy pragnęliby na czas Zjazdu, t. j. 19, 20 i 21 lipca b. r., zamieszkać w hotelach, uprasza się, by zechcieli nadesłać zgłoszenia na ręce komitetu I. Zjazdu internistów polskich (Kraków, Kopernika 15) do dnia 10. lipca b. r. i załączyć zadatek w kwocie 10 koron.

Komitet I. Zjazdu internistów polskich.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 23. VI. b. r. posiedzenie, na którem Dr Eisenberg przedstawił preparaty osadu moczowego, zawierające prątki mastki i preparat krwi białaczkowej, a Doc. Męsowicz miał wykład p. t. »Klinika gruźlicy«. W dyskusyi przemawiali Dr Blassberg, Prof. Bujwid, Dr Eisenberg, H. Hirsch, Janiszewski, Prof. Kader.

— Izba lekarska zachodnio-galicyjska na mocy § 15 statutu galicyjskiej Kasy dla chorych lekarzy wybrała zastępcą przewodniczącego tejże Kasy na następny okres trzechletni Prof. Dra Jana Raczyńskiego we Lwowie.

— D. 14. VI. b. r. odbyło się posiedzenie Rady honorowej Izby lekarskiej, podczas którego toczyła się rozprawa przeciw Drowi G., wskutek odstąpienia Izbie sprawy przez c. k. Sąd kraj. karny. Rada honorowa uznała Dra G. winnym przekroczenia godności stanu i skazała go na grzywnę w kwocie 100 koron. — Prośbę Dra G. o wznowienie postępowania w sprawie Dra M. c. Dra G. na podstawie wywodów c. k. Namiestnictwa w załatwieniu rekursu odrzucono, gdyż Rada honorowa nie znalazła podstawy do wznowienia postępowania. — Następnie odbyło się posiedzenie Wydziału Izby, na którem po referacie Prof. Ciechanowskiego uchwalono odpowiedź na pismo Wydziału kraj. w sprawie braku lekarzy w służbie krajowej. — Na pismo Dra W. uchwalono odpowiedzieć, że staranie się ze strony pacyentów o klientelę dla lekarza jest dopuszczalne, jeżeli się odbywa bez wiedzy tegoż lekarza; takież starania ze strony rodziny lekarza uważa się za niewłaściwe i powinno się temu zapobiedz.

— Krakowskie Koło Towarzystwa walki z gruźlicą zawiązało się na zgromadzeniu w sali Rady miejskiej w d. 21. VI. b. r., wybierając zarząd następujący: Exc. A. hr. Wodzicki (prezes), Prof. W. Jaworski (I wiceprezes), Dr T. Janiszewski (II wiceprezes), Prof. K. Kostanecki, Prof. St. Ciechanowski.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Władysław Wiktor Bujak, rodem z Krakowa.

Lwów. Wydział Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej odbył posiedzenia w d. 11. V. i 8. VI. b. r. Na posiedzeniach tych rozdano 15 wdowom po lekarzach zapomogi w ogólnej kwocie 763 kor. z funduszu nadesłanego przez Związek Towarzystw lekarskich, uchwalono odpowiedź na pismo Wydziału krajowego w sprawie Dra F. w B., wydano opinię w sprawie mianowania znawcy sądowego dla chorób nerwowych i umysłowych, w sprawie umowy kasy chorych w Przemyślu z lekarzami (przy obliczaniu ryczałtu ma być zasadą: 3 korony od członka; umowy mają być zawarte na piśmie; lekarzom nie stabilizowanym przysługuje wypowiedzenie 3-miesięczne, stabilizowanym może być posada wypowiedziana tylko na zasadzie śledztwa dyscyplinarnego; obie strony uznają Wydział Izby za sąd rozjemczy), w sprawie sposobu ogłaszania się Dra H. i L., który uznano za dopuszczalny, w sprawie udzielenia koncesyi na fabrykę przetworów lekarskich we Lwowie. Uchwalono przedłożyć Wydziałowi krajowemu memoryał w sprawie braku lekarzy w służbie krajowej. Na zapytanie Dra S. w C. uchwalono wyjaśnić, że używanie tytułu na mocy 5-tygodniowego pobytu w klinice nie jest usprawiedliwione, uznano zażalenie na Dra J. za nieuzasadnione, przesłuchano Dra W. z powodu zażalenia kasy chorych. Zastępcą prezesa lekarskiej Kasy chorych wybrano na 3 lata Dra Stankiewicza. Wreszcie prezydent zdał sprawę z posie-

dzenia Wydziału wykonawczego Izb w Wiedniu, na którem m. i. uchwalono starać się u rządu o przyznanie lekarzom, delegowanym przy epidemiach duru, 20 koron dyet dziennie, a Wiec Izb zwołać na czas sesyi Rady państwa.

— Towarzystwo higieniczne lwowskie wybrało delegatami do polskiego Komitetu międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Peszcie, prezesa swego Dra Obtułowicza, Dra Hojnackiego i Dra Blumenfelda.

— Schronisko leśne Towarzystwa walki z gruźlicą w lasach miejskich w Hołosku pod Lwowem ma być otwarte już w pierwszych dniach lipca. Będzie to schronisko stałe, rodzaj sanatoryum leśnego, dla 50 chorych. Baraków i urządzenia dostarczyło Towarzystwo Czerwonego Krzyża, terenów udzieliło miasto.

— Po roku wytrwałych starań powiodło się »Towarzystwu zabaw ruchowych« utworzyć »Park gier« (za rogatką Stryjską), którego poświęcenie i uroczyste otwarcie odbędzie się dn. 29. VI. b. r. o godz. 10 rano. »Towarzystwu zabaw ruchowych«, które dotychczasową swą pracą znaczne już położyło zasługi, składamy najszczersze powinszowania z powodu dokonania dzieła, któremu życzymy jaknajpomyślniejszego rozwoju.

Warszawa. Wydział kąpieli ludowych warszawskiego Towarzystwa dobroczynności wydał w roku 1908 162.045 kąpieli, z tego 53.398 dla dzieci ze szkół początkowych. O znakomitym rozwoju kąpieli świadczy to, że w ciągu lat 10 liczba wydanych kąpieli wzrosła przeszło 6 razy (w r. 1898 wydano kąpieli 24.774). Koszt jednej kąpieli wynosił 7·87 do 13·26 kopiejek.

— Rzadki jubileusz, 50-lecie zawodu lekarskiego, obchodził 14. VI. b. r. Dr Wacław Lasocki w Nałęczowie. Urodzony w r. 1837 na Wołyniu, studya lekarskie odbył w Kijowie, poczem był asystentem kliniki chirurgicznej. Za udział w wypadkach r. 1863 skazany na śmierć; wyrok ten zamieniono jednak na ciężkie roboty na Syberyi; od roku 1866 był na osiedleniu w Galiczu i Kostromie, gdzie zyskał sobie, jako lekarz, olbrzymie wzięcie. Do kraju powrócił w r. 1873; od r. 1875 do 1898 był naczelnym lekarzem kolei nadwiślańskich. Od tego czasu zamieszkał w Nałęczowie (gdzie był jednym z założycieli znanego zakładu) i oddał się pracy społecznej i oświatowej. Cenne swe zbiory rycin i dzieł historycznych ofiarował w r. 1903 Muzeum narodowemu.

Zmarli: Dr Błażej Kijas, emerytowany lekarz powiatowy w 83 r. ż. w Mielcu.

Uzupełnienie: W Nrze 23 »Przeglądu lek.« str. 367, szpalta druga, wiersz 11 od góry po słowie »3) kol. Kossak« należy dodać: »i kol. Raszkes: »Przypadek przedwczesnego miesiączkowania«. 4) Kol. Kossak:«, a na końcu tego ustępu: »7) kol. Kołodner: »Pokaz 13-letniej dziewczynki, u której usunięto 2 torbiele adenoidalne jajników«.«

Sprostowanie. W Nrze 24. str. 380, szpalta II, wiersz 35 od dołu, zamiast »doświadczenia« czytaj »darwinizmu«.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 30. czerwca 1909 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Prof. Jaworski: Sprawozdanie komitetu dla Zjazdu internistów polskich. 2) VII. wykład z seryi wykładów o gruźlicy: Dr Janiszewski: Statystyka i profilaktyka gruźlicy.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Pyrenol. Dr Ludwig Riess (Allg. Wiener medizinische Zeitung 1909. Nr 5). Własności pyrenolu dają się łatwo teoretycznie wyprowadzić z jego składu chemicznego (kw. siambendźwinowy, tymol i kw. salicylowy). Zawartość istot empyreumatycznych nadaje mu działanie wykrztuśne, a zarazem uspokajające. Doświadczenia przy łóżku chorego zgadzają się z dedukcyą teoretyczną, o ile lek poda się we właściwym przypadku i w odpowiedniej dawce. Szczególnie uwydatnia się zdolność rozpuszczania śluzu przy dychawicy oskrzelowej. Analogiczne działanie widzimy przy krztuścu, który przebiega łagodniej. Stosuje się pyrenolu 2,0—5,0/100·0 syrupu malinowego 20,0 trzy do sześć razy dziennie małą łyżeczkę kawową. Szczególnie skutecznym okazał się pyrenol przy zapaleniu płuc (5 razy dziennie kołaczek po 0,5), gdyż tu zbiega się korzystne działanie wszystkich składników, w postaci obniżenia ciepłoty, uspokojenia dolegliwości z kaszlu i wzmocnienia czynności serca. Przy ospie działa pyrenol skutecznie przeciw towarzyszącemu nieżytowi oskrzeli. Złych następstw natomiast i przykrych objawów ubocznych po zażyciu pyrenolu autor nigdy nie spostrzegał. *Hr. W.*